

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/148549>

Please be advised that this information was generated on 2018-07-07 and may be subject to change.

H.G.M. van der Velden

HUISVROU HUISARTS HUISGEZIN



PROMOTOR: PROF. DR. F. J. A. HUYGEN

HUISVROUW - HUISARTS - HUISGEZIN

EEN ONDERZOEK NAAR ZIEKTEN EN GEZONDHEIDS-
STOORNISSEN BIJ EEN AANTAL HUISVROUWEN IN
EEN HUISARTSENPRAKTIJK

with a summary

PROEFSCHRIFT
TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE
AAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
TE NIJMEGEN,
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
DR. CH. M. A. KUYPER,
HOOGLERAAR IN DE FACULTEIT
DER WISKUNDE EN NATUURWETENSCHAPPEN,
VOLGENS BESLUIT VAN DE SENAAT
IN HET OPENBAAR TE VERDEDIGEN OP
VRIJDAG 12 NOVEMBER 1971,
DES NAMIDDAGS TE VIER UUR
DOOR

HENDRIKUS GERARDUS MARIA VAN DER VELDEN

geboren te Nijmegen

DEKKER & VAN DE VEGT - NIJMEGEN

Gedrukt ter Koninklijke Drukkerij Van Gorcum & Compⁿ v, Assen

*Omslag een ontwerp van Joep de Bekker naar een reproductie van een houtsnede
uit 'Decamerone', Giovanni Boccaccio, Augsburg 1490*

Aan Ankie

Bij het gereed komen van dit proefschrift is het mij een behoefte, mijn dank uit te spreken voor de hulp die ik van velen heb ondervonden. Zij allen zullen het mij niet euvel duiden dat ik mij hier beperk tot het noemen van de huisvrouwen die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend.

De afsluiting en publicatie van deze studie werden mogelijk gemaakt door financiële steun van de Stichting 'De Drie Lichten' te Hilversum.

INHOUD

INLEIDING 1

- § 1. Een huisvrouw 1
- § 2. De huisvrouw 3
- § 3. Ziekte bij de huisvrouw 6
- § 4. Ziekte van de huisvrouw en ziekte in haar gezin 10
- § 5. De huisarts, sociaal-geneeskundige van het gezin 11
- § 6. De huisarts en wetenschappelijk onderzoek in zijn praktijk 16

1. HET EIGEN ONDERZOEK - OPZET EN UITVOERING 23

- 1.1. Aanleiding tot een eigen onderzoek 23
- 1.2. Doelstelling van het onderzoek 24
- 1.3. Vraagstellingen van het onderzoek 24
- 1.4. De methode van onderzoek 25
- 1.5. Opzet van het onderzoek 27
- 1.6. Het proefonderzoek 29
- 1.7. De periode van onderzoek 29
- 1.8. Het onderzoeksmateriaal 30
- 1.9. Inventarisatie van enkele 'zachte' gegevens 32
 - 1.9.1. Sociale laag 32
 - 1.9.2. Graad van maatschappelijkheid 33
 - 1.9.3. Woningkwaliteit 36

2. HET VELD VAN ONDERZOEK 38

- 2.1. Historie en geografie van het praktijkgebied 38
- 2.2. Medische, maatschappelijke, godsdienstige en culturele voorzieningen in het praktijkgebied 39
- 2.3. Enige demografische gegevens betreffende Doesburg en omgeving 40
- 2.4. De praktijk van onderzoek 42
 - 2.4.1. Gemiddelde gezinsgrootte in de praktijk 42
 - 2.4.2. Geslacht - leeftijdverdeling van de praktijkbevolking 42
 - 2.4.3. Godsdienstige verhoudingen binnen de praktijkbevolking 43
 - 2.4.4. Verdeling van de praktijkbevolking naar financiële relatie tot de huisarts 44
 - 2.4.5. Verdeling van de praktijkbevolking naar de sociale positie van het gezinshoofd 44
 - 2.4.6. Verdeling van de vrouwelijke praktijkbevolking naar leeftijd en burgerlijke staat 45
- 2.5. De onderzoekpopulatie 47
 - 2.5.1. Gemiddelde gezinsgrootte van de onderzoekgezinnen 48
 - 2.5.2. Kindertal bij de onderzoekgezinnen 48
 - 2.5.3. Godsdienstige verhoudingen binnen de onderzoekpopulatie 49

2 5 4	Verdeling van de onderzoekpopulatie naar financiële relatie tot de huisarts	49
2 5 5	Verdeling van de onderzoekpopulatie naar de sociale positie van het gezinshoofd	50
2 5 6	Verdeling van de onderzoekgezinnen naar huwelijksduur	50
2 5 7	Verdeling van de onderzoek-gezinnen naar graad van maatschappelijkheid	53
2 5 8	Woningkwaliteit	54
2 5 9	Maatschappelijkheid en woningkwaliteit	54
2 5 10	Lidmaatschap van de kruisvereniging	55
2 5 11	Al of niet zelfstandig wonen	56
3	DE TOP VAN DE IJSBERG	57
	Kwantitatieve resultaten van het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit	
3 1	Enkele begrippen	57
3 2	Het getal der verrichtingen	60
3 2 1	Verrichtingen exclusief verloskunde	60
3 2 2	Verrichtingen inclusief verloskunde	62
3 2 3	Verrichtingen bij huisvrouwen en ongehuwde vrouwen	64
3 2 4	Consult, visite en irregulaire visite	67
3 3	Het getal der aandoeningen	69
3 3 1	Incidentie en prevalentie	69
3 3 2	De aandoeningen exclusief verloskunde	70
3 3 3	De aandoeningen inclusief verloskunde	72
3 3 4	Aandoeningen bij huisvrouwen en ongehuwde vrouwen	73
3 4	Verwijzing naar specialisten en opname in het ziekenhuis	76
3 5	De verloskundige hulp kwantitatief	77
3 6	Samenvatting van hoofdstuk 3	77
4	KWALITATIEVE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK NAAR DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT	79
4 1	Het morbiditeitspatroon bij vrouwen en mannen	79
4 2	Frequent gesignaleerde aandoeningen bij de huisvrouwen en hun mannen	80
4 3	Aandoeningen bij huisvrouwen en ongehuwde vrouwen	86
4 4	Verloskundige aandoeningen	91
4 5	Verwijzing en opname	92
4 6	Samenvatting van hoofdstuk 4	93
5	DE GFZINSSITUATIE EN DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT BIJ DE HUISVROUWEN	95
5 1	De gezinssituatie	95
5 2	Sociaal - situatieve factoren en gepresenteerde morbiditeit	95
5 3	Resultaten van het onderzoek naar de samenhang van enkele milieufactoren met de gepresenteerde morbiditeit	97
5 3 1	De milieufactoren, die bij het onderzoek werden betrokken	97
5 3 2	Onderzoekresultaten	98
a	Plaats van vestiging	98
b	Godsdienst en levensbeschouwing	98
c	Leeftijd van de huisvrouw	99
d	Huwelijksduur	100
e	Aantal kinderen	101
f	Ziekenfonds- of particulier patiente	102
g	Inwoning	102
h	De kruisvereniging	103

j	Sociale laag	104
k	Graad van maatschappelijkheid	106
l	Kwaliteit van de woning	107
m	Verrichtingen bij de huisvrouw en verrichtingen bij haar kinderen	107
5 4	Samenvatting van hoofdstuk 5	108
6	DE IJSBERG 'ONDER WATER'	111
	Resultaten van het onderzoek naar de ervaren morbiditeit en naar enkele aspecten van het ziektegedrag bij de huisvrouwen	
6 1	Het gedrag van de patient bij het optreden van gezondheidsstoornissen	11
6 2	Het onderzoek naar de ervaren morbiditeit	114
6 2 1	De enquête bij een groot aantal huisvrouwen	114
6 2 2	De vragenlijst van de enquête	115
6 2 3	Problemen bij de bewerking van de enquête-gegevens	116
6 3	De ijsberg van de morbiditeit	116
6 3 1	De Algemene Klachten Vragenlijst	116
6 3 2	Problemen bij de vergelijking van enquêtegegevens met gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie	117
6 3 3	Respondenten en non-respondenten	118
6 3 4	De verhouding tussen de gepresenteerde morbiditeit en de ervaren morbiditeit	120
6 3 5	De ijsberg bij een aantal frequent gesignaleerde aandoeningen	122
6 3 6	Samenvatting van paragraaf 3	126
6 4	Neurotische labiliteit en perceptie van gezondheidsstoornissen	126
6 4 1	De Amsterdamse Biografische Vragenlijst	127
6 4 2	De neurotische labiliteit en het aantal klachten	128
6 4 3	Actuele gezondheidsbeleving en gezondheidsverwachting	129
6 4 4	Samenvatting van paragraaf 4	130
6 5	Geestelijke stabiliteit en het gedrag bij het optreden van klachten	131
6 5 1	Neurotische labiliteit en het gedrag	131
6 5 2	Samenvatting van paragraaf 5	133
6 6	Medische kennis en het gedrag bij het optreden van klachten	133
6 6 1	Medische kennis en het aantal klachten	133
6 6 2	Medische kennis en het gedrag ten aanzien van hulpverlening door de huisarts	135
6 6 3	Samenvatting van paragraaf 6	135
6 7	De KENT-test en de N I S S O -lijst	136
6 7 1	De Intelligentie	136
6 7 2	De N I S S O -lijst voor meting van de huwelijksbeleving	136
6 7 3	Samenvatting van paragraaf 7	138
6 8	Frequent opgegeven klachten	139
6 8 1	Neurotische labiliteit en de aard van de gemelde klachten	140
6 8 2	Het huisvrouwen-syndroom	141
6 9	Samenvatting van hoofdstuk 6	142
7	DE AAN DE HUISARTS GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT EN DE GEGEVENS VAN HET ENQUÊTE-ONDERZOEK MET ELKAAR IN VERBAND GE- BRACHT	144
7 1	Enkele bevindingen uit het enquête-onderzoek	144
7 2	Enquête-resultaten en gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie	145
7 3	Enkele relevante bevindingen van ons enquête onderzoek nog eens samen- gevat	146
7 4	Neuroticisme, sociale extraversie, medische kennis en de gepresenteerde morbiditeit	146

- 7.4.1. Neuroticisme en het aantal verrichtingen 146
- 7.4.2. Sociale extraversie en het aantal verrichtingen 147
- 7.4.3. Medische kennis en het aantal verrichtingen 148
- 7.5. De verhouding tussen het aantal klachten, dat door de huisvrouwen in de enquête werd opgegeven en het aantal aandoeningen en klachten, dat zij ter kennis van de huisarts brachten 149
- 7.6. Samenvatting van hoofdstuk 7 150

SLOTBESCHOUWING 152

SAMENVATTING 156

SUMMARY 162

GERAADPLEEGDE LITERATUUR 168

BIJLAGEN 172

§ I. EEN HUISVROUW

'Why has this patient come to see
me at this particular time?'
(Morrell)

Op zekere dag bezoekt mevrouw Jansen als laatste patiënt mijn spreekuur. Het is een drukke morgen en het tijdschema is danig in de war geraakt. In te korte tijd zijn eigenlijk te veel patiënten de revue gepasseerd. Daarom komt mevrouw Jansen nu uitgerekend vanmorgen weer eens terug? Vorige week heeft zij nog een nieuw recept voor haar libriumtabletten gekregen. Enigszins geïrriteerd vraag ik mij af wat ik verder voor haar kan doen. Zij komt al te vaak mijn tijd opeisen voor even zoveel onbeduidende klachten. Zij zit voor het bureau, spreekt minder overrompelend dan ik van haar gewoon ben. Wat wil zij nu eigenlijk? Zij maakt een gedeprimeerde indruk en haar ogen kijken mij vragend aan. Hoewel ik mij dikwijls erger aan de vindingrijkheid, waarmee zij telkens nieuwe doch meestentijds moeilijk te objectiveren klachten naar voren brengt, gevoel ik toch sympathie voor deze huisvrouw, moeder van een groot gezin. Over het algemeen is zij gezond en eigenlijk zou zij geen enkel medicijn behoeven te gebruiken. Toch heb ik haar al vele medicamenten voorgeschreven en zij schijnt het niet zonder haar tabletjes en drankjes te kunnen stellen.

Waarom bezoekt zij mij thans? Zij heeft er een lange wachttijd voor over gehad. Het is duidelijk, dat zij met haar dokter wil praten en liefst nu direct. Zij heeft dit al eerder willen doen, maar kon niet over de drempel komen met haar problemen. Eerlijk gezegd heeft de dokter dit niet onderkend. Hij heeft haar niet geholpen het gesprek op gang te brengen. Deze morgen laat ik het tijdschema voor wat het is. Mijn irritatie maakt plaats voor de behoefte eens even rustig met deze patiënte te praten. Want 'dokter, zó kan het niet langer' en dat vind ik eigenlijk óók.

'Ik ben misschien moeilijk voor mijzelf, maar wil al lang eens met U praten over mijn gezin. Ik kan er nooit een begin mee maken en vraag dan maar weer die libriumtabletten waar ik wel rustig van word. Ik probeer er soms dagen vanaf te blijven, maar pak toch vaak een tabletje, omdat ik het soms zo moeilijk heb. Ik heb niet altijd van die nare buien, maar nu is het al weer een paar weken hopeloos. Ik kan het nergens vinden, vlieg het huis uit en bij andere mensen binnen. Ik weet het niet meer.'

Een half uur kost het gesprek op die morgen. Ik geef haar geen nieuw

recept mee. Ik ben blij het onderhoud niet langer uitgesteld te hebben. In dit korte tijdsbestek is mij meer duidelijk geworden dan in al de tijd dat ik haar al ken. Als huisvrouw en moeder van een groot gezin moet patiënte hard werken. Zij heeft weinig kennissen, geen vaste vriendin en met haar man kan zij 'niet goed praten'. Eigenlijk heeft zij mij dit alles eerder wel verteld. Op haar patiëntenkaart staat haar verhaal in de code van medische diagnoses.

Mevrouw Jansen is 43 jaar en sinds 22 jaar gehuwd met een 45-jarige beambte. Zij heeft zeven kinderen. Het oudste kind, een dochter van 21 jaar, is een jaar geleden gehuwd en naar een andere plaats verhuisd. Het gezin is verzekerd in het ziekenfonds en bewoont een kwalitatief redelijk goede, doch te kleine woning. Mijnheer Jansen is een weinig ambitieuze man, die tweemaal een promotie miste. De voor deze promotie noodzakelijke cursus heeft hij bij herhaling moeten onderbreken wegens plotseling optredende rugklachten. Voor deze rugklachten is evenwel bij specialistisch onderzoek geen verklaring gevonden. De kinderen uit het gezin vertonen een iets meer dan gemiddelde medische consumptie, waarbij vooral de klacht dysmenorrhoea bij twee dochters een relatief groot aantal verrichtingen tot gevolg had. Mevrouw Jansen consulteerde haar huisarts voor een bonte verzameling van merendeels niet ernstige aandoeningen. Verschillende specialisten hebben haar in de loop der jaren onderzocht en zij hebben haar kunnen geruststellen. Er valt een zekere periodiciteit in haar klagen te constateren. De laatste opeenhoping ('cluster') van klachten dateert van het begin van het vorig jaar. Zij is toen enige tijd ziek geweest tengevolge van een acute glomerulonefritis. Gelukkig kon zij toen beschikken over hulp dank zij de plaatselijke gezinszorg. De wijkverpleegster kwam haar geregeld verplegen. In dezelfde tijd had een van de maatschappelijk werkers contact met het gezin naar aanleiding van een probleem op school bij een van de jongere kinderen. De laatste maanden is patiënte weer meer aan het sukkelen, waarbij vooral klachten van prikkelbaarheid en slapeloosheid op de voorgrond staan.

Bij onderstreping van de meest in het oog lopende aandoeningen op de patiëntenkaart van mevrouw Jansen blijken vooral klachten over rugpijn, spierpijn, vage neuralgiforme pijnen, hoofdpijn, recidiverende luchtweginfecties enerzijds en een aantal meer in de emotionele sfeer gelegen klachten als slapeloosheid, vermoeidheid, prikkelbaarheid en dromen anderzijds haar te hebben bewogen de arts te consulteren; ogenschijnlijk een reeks onsamenhangende klachten, aandoeningen met een verschillende aetiologie. Op haar kaart werden extreem veel verrichtingen en een groot aantal aandoeningen genoteerd. Toch laat haar fysieke conditie niet alles te wensen over, want zo nu en dan doet zij voor haar plezier met succes aan sportbeoefening.

De ziekte-ervaringen met mevrouw Jansen en haar gezin brachten mij tot overpeinzingen over het 'hoe en waarom' van de lotgevallen van dit gezin en vooral van deze huisvrouw. Ik werd nog meer geïntrigeerd, toen het mij zonder moeite gelukte andere gezinnen in de praktijk op te sporen die naar enkele op het oog belangrijke milieumomstandigheden zoals gezinsgrootte, huwelijksduur en sociale laag met het gezin van patiënte waren te vergelijken, doch waarvan ik zelden of nooit iemand op het spreekuur zag en waarvan ook de huismoeder zelf mij als zeer gezond voorkwam.

Hier rijst de vraag: 'Wat is primair? De persoonlijkheid van deze huisvrouw, haar gezin of haar ziekten?' In hoeverre is de situatie in haar gezin en haar huishouding een te grote belasting voor haar draagkracht geworden? Zij had vele en velerlei klachten, waaraan dikwijls geen organische afwijking ten grondslag lag. Dit moge geruststellend zijn, maar patiënte 'weet het niet meer'. Zij kan het kennelijk niet meer aan. Zij voelt haar falen in het functioneren als huisvrouw en haar klachten zijn symptomen van deze decompensatie. Het diagnostiseren of uitsluiten van een organische stoornis is ook in deze casus niet voldoende. Surmenage is het wel, maar wat is surmenage? De 'begeleiding' van mevrouw Jansen en haar gezin naar een zo goed mogelijk 'herstel', werd de aanleiding voor een onderzoek naar de positie van de huisvrouw in haar gezin met betrekking tot gezondheid en ziekte.

§ 2. DE HUISVROUW

'Der allgemeine Mangel an Wertschätzung und Anerkennung für eine Tätigkeit, die zu der härtesten und anstrengendsten der Welt gehört, wird immer häufiger einen Vergleich mit ihren berufstätigen Freundinnen herausfordern' (Von Uexküll)

De huisvrouw heeft geen beroep. Bij haar burgerlijke staat wordt dit omschreven met het predikaat 'zonder'. Dit neemt niet weg, dat onze samenleving het steeds heeft klaargespeeld de huisvrouw een sociaal en cultureel zeer bepaalde en veelomvattende taak toe te kennen. Misschien wat overdreven, maar duidelijk wordt deze opdracht ons geschilderd in de volgende literaire cartoon welke Von Uexküll (1960) de lezer van zijn monografie over de werkende vrouw voor ogen houdt: 'Weibliche Hilfskraft für Haus und Hof gesucht, 18-Stunden-Tag, 7-Tage Woche; praktische Kenntnisse

in Kochen, Bügeln, Medizin, Pädagogik, Kinderhygiene, elementare Kenntnisse in Elektrizitätslehre, Buchhaltung und Männerbehandlung Voraussetzung. Freie Station und Familienanschluss statt Bezahlung. Regelmäßige Mahlzeiten, Nachtruhe und freundliche Behandlung können nicht garantiert werden'. Het valt niet te verwachten dat op een advertentie met een dergelijke tekst veel kandidaten zullen solliciteren. Toch stelt de huishouding dagelijks zijn niet geringe eisen aan ontelbare vrouwen. Merkwaardigerwijze is de belasting van dit 'beroep' nauwelijks onderwerp van systematische studie geweest. De arbeid van de huisvrouw in haar bedrijf – het huishouden – wordt in een andere categorie geplaatst dan welke andere arbeid ook. Deze negatie van het werk van de huisvrouw in haar gezin, deze ontkenning van haar bezigheden als 'arbeid' en zeker als 'beroep' heeft tot gevolg gehad, dat thans ten aanzien van deze maatschappelijk uitermate belangrijke functie weinig wetenschappelijk gefundeerde kennis aanwezig is. Als de wereld van de vrouw te kenmerken is als de 'wereld van het zorgen' tegenover die van de man als de 'wereld van het arbeiden' (Buytendijk, 1966) dan geldt dat a fortiori voor de huisvrouw. Meer prozaïsch uitgedrukt kan men het arbeidsterrein van de huisvrouw tot de dienstensector rekenen. Een diepergaande bestudering van haar maatschappelijke positie en van haar werk lijkt bijzonder zinvol. In de toekomst zal het merendeel van de mensen werkzaam zijn in de tertiaire sector, in de dienstverlenende beroepen. De ervaringskennis van de huisvrouw zou dan wel eens te pas kunnen komen bij de problemen die zich dan gaan voordoen.

De dagtaak van de huisvrouw vormt eerst in de laatste decennia onderwerp van serieuze studie. Tot het midden van onze eeuw is er weinig of geen aandacht geweest voor de positie van de huisvrouw. Sullerot (1967) kon in de literatuur slechts één povere poging tot evaluatie van de dagtaak van de huisvrouw ontdekken. Rond de jaren vijftig werden resultaten van eerste systematische onderzoeken bekend (Stoetzel, 1948). Vele huisvrouwen bleken 65 of meer uren per week te werken. Dit baarde toch wel opzien in een tijd, dat de 40-urige werkweek in vele landen tot de sociale verworvenheden behoorde. In ons land is het onderzoek naar het bedrijf van huishouding en gezin sinds de jaren zestig (Pieters de Roon, 1961; Philipsonderzoek, 1966) op gang gekomen. De resultaten zijn echter nog beperkt en hebben nog geen methodologie opgeleverd, waarmede bepaalde groepspatronen in de activiteiten van de huisvrouw zijn te onderscheiden en waarmede haar beroepsmatige belasting is te evalueren. Aandacht verdient in dit verband het onderzoek dat ten deze wordt verricht door de afdeling Landbouwhuishoudkunde van de Landbouwhogeschool te Wageningen. Door middel van enquête en time-budget methode werd vooral met betrekking tot de tijdsbesteding van de huisvrouw meer

inzicht verworven. Hoewel ten aanzien van de totale tijd, welke door de huisvrouw aan de A.D.L.-functies (Activities of Daily Living) van haar gezin wordt besteed, grote verschillen tussen individuele huisvrouwen bestaan, is uit het onderzoek van Pieters de Roon gebleken dat de gemiddelde tijden van de verschillende (bij dat onderzoek onderscheiden) categorieën huisvrouwen voor het totaal der bezigheden elkaar zeer dicht benaderen. In grote trekken is de 'beroepsbezigheid' van de huisvrouw in het gezin dus wel aan te geven. De verdeling van de tijd over de diverse deeltaken toont voor huisvrouwen verschillen naar sociale laag (beroep van de man), naar gezinsgrootte, naar genoten opleiding van de vrouw, naar plaats van vestiging (grote stad of dorp), naar leeftijd van de vrouw. Opmerkelijk is de geringe tijdsbesparing door meer geperfectioneerde huishoudelijke apparatuur.

De attitude van de huisvrouw ten opzichte van haar 'beroep', de waardering van het huishoudelijk werk is van groter belang gebleken voor de totale tijdsbesteding in de huishouding dan het al of niet beschikken over uitgebreide technische hulpmiddelen. Het perfectieniveau dat de individuele huisvrouw nastreeft, is een belangrijk aspect bij haar belasting. Alhoewel uit verschillende onderzoeken is gebleken, dat er samenhang bestaat tussen de milieusituatie en de werktijd van de huisvrouw, blijkt de wezenlijke factor de 'huisvrouw met haar persoonlijke aanleg en bekwaamheid, haar gezondheid en haar geaardheid, haar opvattingen over wat schoon en gezellig is, wat hoort en wat kan, kortom de huisvrouw zelf' (Pieters de Roon). Deze psychologische factoren zullen dus naast de sociologische en ergonomische aspecten bij de bestudering van het 'beroep' van de huisvrouw aan de orde moeten komen.

De huisvrouw heeft een lange dagtaak. De gemiddelde werkweek van de Nederlandse huisvrouw telt 60 uur. 'Een gemiddelde werkweek houdt in, dat er vele vrouwen zullen zijn, die langer dan 60 uur per week werken' (Philips onderzoek, 1966). Deze laatste vrouwen vormen door de dikwijls te grote belasting een 'high-risk'-groep. Bij de bestudering van de draaglast van de huisvrouw kan niet worden volstaan met de 'eenvoudige' vaststelling van de objectief te registreren, in calorieën uit te drukken belasting. De persoonlijkheid van de huisvrouw speelt een grote rol bij haar taakopvatting en beïnvloedt daardoor haar belasting. De druk, waaraan zij in haar situatie is blootgesteld, wordt medebepaald door sociale omstandigheden. Een medisch probleem is de vraag of haar lichamelijke en psychische veerkracht voldoende groot is, om de actuele belasting te weerstaan. Voor vele huisvrouwen moet zulks betwijfeld worden, daar 25% van de huisvrouwen in het algemeen en 40% van de huisvrouwen boven de 50 jaar hun eigen gezondheid als matig of slecht ervaren (Philips-onderzoek). Voor de arts heeft dit gegeven implicaties, temeer daar 25% van de

huisvrouwen opgeeft elk etmaal een of ander geneesmiddel in te nemen. Merkwaardigerwijze is van medische zijde nauwelijks enig onderzoek gedaan naar de gevolgen van overbelasting van de huisvrouw, terwijl anderzijds de bedrijfsgeneeskunde er in toenemende mate in slaagt de vele aspecten van de arbeid als belastende factor en de gezondheid van de arbeider als draagkracht wetenschappelijk te evalueren.

§ 3. ZIEKTE BIJ DE HUISVROUW

'Als huisvrouw moet je sterk zijn,
niet alleen lichamelijk maar ook
mentaal. Vroeger was ik nooit ziek;
tegenwoordig heb ik allerlei klacht-
jes. Zullen wel zenuwen zijn'
(n patiënte)

Resultaten van morbiditeitsonderzoekingen leveren de aanwijzing op dat een belangrijk deel van het werk dat de huisarts aan zijn patiënten besteedt, wordt geabsorbeerd door directe of indirecte zorg voor de gezondheid van de huisvrouw. In vele tot dusver verschenen publicaties die de morbiditeit in de huisartsenpraktijk tot onderwerp hebben, al of niet met betrekking tot de psychosociale situatie binnen het gezin, wordt bijna nergens expliciet aandacht besteed aan een vraagstelling die men als volgt zou kunnen formuleren: 'wat is de betekenis van het ziek-zijn van de huisvrouw, gezien tegen de achtergrond van haar gezinssituatie? Literatuuronderzoek verschaft hierover vrijwel geen enkele informatie. Er is nog geen systematisch onderzoek gedaan naar ziekte en/of gezondheid van de huisvrouw. Deelonderzoekingen, uitgaande van een bepaalde aandoening vormen hier een zekere aanloop. In dit verband kan genoemd worden het onderzoek naar de validiteit van de huisvrouw lijdende aan rheumatische arthritis, dat in 1966 werd verricht door het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Leiden. 'De lacune in onze kennis omtrent de mate van invaliditeit bij chronische ziekten in het beroep van de huisvrouw' vormde de aanleiding tot dit onderzoek (Muntendam, 1966). Als men bij de interpretatie van deze zin uitgaat van 'onze kennis van het beroep van huisvrouw' met betrekking tot ziekte of gezondheid, dan kan niet van een lacune gesproken worden, veeleer van een totale onwetendheid.

Toch kan vanuit het totaal van morbiditeitsonderzoekingen bij stukken en brokken een informatief 'virtueel' beeld van het morbiditeitspatroon van de huisvrouw verkregen worden. Baker (1966) deed een

praktijkanalytische studie en relateerde verschillende groepen patiënten aan elkaar ten aanzien van de 'medische consumptie'. Hij concludeert, dat het door hem geconstateerde grotere 'gebruik van de arts' bij vrouwen niet te verklaren is door verloskundige verrichtingen en daarmee samenhangende complicaties. Shepard (1965) vond bij een onderzoek in een aantal praktijken in Londen, dat 'minor mental illness' in frequentie tweemaal zo hoog was bij vrouwen als bij mannen. Bij zijn onderzoek naar het voorkomen van psychosomatische stoornissen in een plattelandspraktijk vond Kuypers (1966) eenzelfde verhouding.

Hij beschreef een neurastheen symptomencomplex dat zich vooral bij vrouwen voordoet. Een essentiële trias van symptomen bij dit syndroom wordt gevormd door klachten van hoofdpijn, moeheid en duizeligheid. De patiënten brengen meestal meer dan één klacht naar voren en tonen veelal een verhoogde sensitiviteit. Het syndroom bleek te worden geprovoceerd door een situatie, waaruit men geen uitweg meer zag. Veelal was er sprake van een stress-situatie in het gezin.

Kuypers vond in zijn onderzoek, dat psychosomatische klachten bij vrouwen in circa 85%, bij mannen in circa 35% van de gevallen vergezeld gingen van aanwijsbare problemen in het gezin. Hij noemt als belastende factoren onder andere: kinderloosheid, ziekte in het gezin, inwoningsproblemen, lichamelijke overbelasting en stoornissen in de huwelijks-situatie. Binnen de categorie van psychosomatische klachten bleek het klachtenpatroon van de vrouwen weinig van dat van de mannen te verschillen. Bij de mannen werden verhoudingsgewijze meer maag-darmklachten gesignaleerd. In het algemeen was er zowel bij vrouwen als mannen een correlatie tussen de aard van de emotionele stoornis en de aard van de klacht. Zo bleek angst dikwijls gepaard te gaan met hartklachten en depressie met maag-darmklachten. Enige voorzichtigheid bij de interpretatie van verbanden tussen de aard van de klacht en persoonlijkheidsfactoren of milieuv variabelen lijkt geboden. Interessant in deze is het onderzoek van Hull (1969), waarbij correlaties werden aangetoond tussen de sociale klasse van de patiënt en de aard van de klacht. Zo bleken vrouwen uit de hogere sociale lagen méér klachten van gynaecologische aard te presenteren dan vrouwen uit de lagere sociale klassen.

Bij de vrouwen uit de lagere sociale klassen werden daarentegen relatief veel klachten van het bewegingsapparaat waargenomen. Uit de resultaten van ditzelfde onderzoek blijkt dat vrouwen meer 'onnodige' verrichtingen van de arts vragen dan mannen. In hoeverre hier terecht van 'onnodig' gesproken wordt, moet voor rekening van de auteur gelaten worden. Vrouwen en vooral huisvrouwen consulteren de dokter vaker dan mannen. Een vrij consistent patroon van klachten bij huisvrouwen wordt door verschillende onderzoekers onderkend.

Zo beschrijft Hoffmeyer (1965) een 'insufficiëntiesyndroom van de huisvrouw'. Hij deed een onderzoek in Denemarken onder een populatie huisvrouwen, bezoeksters van adviesbureaus voor geboorteregeling c.q. abortus. Bij een bepaalde categorie van deze patiënten vond hij verschijnselen van decompensatie, zich uitend in een reeks ogenschijnlijk onsamenvangende klachten: o.a. urogenitaalinfecties, spierpijnen, gewrichtsklachten, luchtweginfecties, neuralgieën, vermoeidheid, hyperreactiviteit, angsten, slaapstoornissen en hoofdpijn. Met opzet spreekt Hoffmeyer van 'insufficiëntie' (een wat vage term), omdat hij het syndroom met geen enkele klinische entiteit in overeenstemming kan brengen. Dit klachtencomplex zou zich manifesteren bij huisvrouwen, die onder de een of andere vorm van stress leven en vier of méér kinderen te verzorgen hebben. Als belastende factoren noemt hij verder slechte behuizing, economische moeilijkheden, huwelijksproblemen, ziekte in het gezin en het gehuwd zijn met een 'ongeschikte' man.

Met betrekking tot verschillende symptomatologische en aetiologische aspecten vertoont dit syndroom van Hoffmeyer gelijkenis met het door Judith Sylph en medewerkers (1969) veronderstelde 'social syndrom'. Door deze onderzoekers werd vooral bij vrouwen een positieve correlatie gevonden tussen het optreden van chronische neurotische klachten enerzijds en een aantal psychosociale, onderling correlerende milieufactoren anderzijds. Het optreden van chronische neurotische stoornissen was positief gecorreleerd met het voorkomen van sociale problemen. Bij de huisvrouwen bestond er een duidelijk verband tussen het optreden van neurotische klachten en de satisfactie met de rol van huisvrouw.

Somatische en psychosomatische stoornissen vormen tezamen met 'social disabilities' het syndroom van de huisvrouw. Het lijkt een nieuwe nosologie: men heeft te doen met syndromen (om het maar geen 'ziekten' te noemen), welke niet zijn te classificeren volgens de gebruikelijke klinische criteria. Alhoewel de verschillende genoemde onderzoekers een tamelijk consistente combinatie van klachten beschrijven en het syndroom vaker bij vrouwen dan bij mannen signaleren, is het nog onduidelijk of het om een specifiek 'syndroom van de huisvrouw' gaat. Kuypers toonde aan, dat de oorzaak van psycho-emotionele klachten bij vrouwen gezocht dient te worden in een te belastende gezinssituatie. De huisvrouw verkeert van alle gezinsleden het meest in gezin en huishouding. Zij is dus duidelijk gepraedisposeerd voor de gevolgen van frustraties in dit milieu. Naar aetiologie is het huisvrouwensyndroom misschien specifiek. Het ziet er naar uit dat ook de symptomatologie een min of meer specifieke combinatie van klachten toont, waarbij naast psycho-emotionele klachten vooral aandoeningen van het bewegingsapparaat en urogenitaalaandoeningen op de voorgrond staan.

Zelfs wanneer de draagkracht van de individuele huisvrouw op zich als ruim voldoende is te beschouwen, kan de belasting in gezin en huishouding zó groot worden, dat zij wel moet falen:

Mevrouw de Vries heeft klachten van 'opvliegingen' en 'hartkloppingen'. Zij kan de laatste weken niet meer slapen, heeft angstige dromen en klaagt erover dat zij vermagert. 's Morgens staat zij 'moe' op en 'ziet tegen de dag op.' Patiënte was zelden ziek, maar het laatste jaar sukkelt zij veel. Behalve voor een hardnekkige brachialgie en een lumbago consulteerde zij de huisarts in het laatste jaar voor een bronchitis. Met haar 36 jaar is zij moeder van vier kinderen waarvan er drie goed gezond zijn. Het tweede kind baart zorgen. Sinds een ernstig schedeltrauma, jaren geleden, toont dit jongetje een psychopathische gedragsvorm met alle problemen van dien. Haar man is veel van huis en heeft weinig tijd voor zijn gezin. Zij 'staat overal alleen voor'. Een vriendje van het oudste kind is verleden jaar bij het spelen op straat verongelukt. Het gezin is enkele maanden geleden naar een rustiger straat verhuisd. Patiënte hoopte in het nieuwe huis tot rust te komen. Maar 'het gaat nog niet beter met haar'. Waarom? Vroeger 'kon zij alles aan'. Jaren heeft zij zware diensten als verpleegster verricht en zij was toen nooit ziek! –

Uit verschillende onderzoeken is duidelijk geworden dat vrouwen méér sukkelen dan mannen. Vooral psychoneurotische stoornissen komen bij vrouwen frequent voor. Deze insufficiëntieklachten zijn dikwijls te interpreteren als een stoornis in het functioneren als huisvrouw, als huismoeder. Buytendijk (1966) ziet een en ander als 'een reactie van het menselijke in de vrouw op de moeilijkheden en conflicten van haar bestaan' en vraagt zich af 'of het frequent ziek-zijn van de vrouw biologisch-somatisch verklaard moet worden (een onveranderlijke lotsbeschikking is) dan wel een cultuurverschijnsel is dat door bepaalde omstandigheden kan veranderen'. De cultuur bepaalt het verwachtingspatroon, dat men ten aanzien van de vrouw en de huisvrouw koestert. De fysiologie van de vrouw is niet identiek met de sociologie van de vrouwenrol. Het specifieke morbiditeitspatroon van de vrouw en van de huisvrouw is waarschijnlijk zowel biologisch-somatisch als cultureel bepaald.

Een deel van de klachten van alle patiënten maar vooral van vrouwen komt de arts niet ter kennis. Deze niet-gepresenteerde 'verborgen' morbiditeit vormt evenwel een belangrijk deel van het totaal van de gezondheidsstoornissen. Uit het onderzoek van Folmer (1968) naar het voorkomen van lichamelijke klachten bij de bevolking van een kust-district in Noorwegen bleek bijvoorbeeld, dat vooral bij vrouwen een aanzienlijk deel van de klachten aan de arts niet bekend waren. Ook het

begrip 'gezond voelen' werd door vrouwen anders ervaren dan door mannen. Deze subjectieve gezondheidsbeleving is met andere psychologische en sociale factoren van belang voor de beslissing van de patiënt, een klacht al of niet ter kennis van de arts te brengen.

Met betrekking tot het morbiditeitspatroon van de huisvrouw is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan, maar op grond van hetgeen in de literatuur hierover wordt vermeld is te verwachten, dat de huisvrouw zich ten aanzien van het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen onderscheidt van de man en van de ongehuwde vrouw.

§ 4. ZIEKTE VAN DE HUISVROUW EN ZIEKTE IN HAAR GEZIN

'The family's health seems to hinge
on the well-being of the mother'
(Kellner)

De rol van de huisvrouw ten aanzien van ziekte en gezondheid in het gezin is van bijzonder grote betekenis. Kellner (1963), die een poging deed de wisselwerking tussen de gezinsleden bij het optreden van nerveus-functionele klachten te evalueren, merkt op dat in het geheel van interacties binnen het gezin de huisvrouw een centrale positie inneemt. Peachy (1963) constateerde dit verschijnsel niet ten aanzien van enige bepaalde aandoening, maar als geldend voor elke gezondheidsstoornis. Veelal wordt een reeks gezondheidsstoornissen in het gezin voorafgegaan door ziekte van de huisvrouw-huismoeder. Ziekte van de huisvrouw heeft soms grote gevolgen voor het functioneren van het gezin. In zijn overzicht van de literatuur omtrent de invloed van ziekte op het gezin wijst Huygen (1970) op de onderzoeken van Carne (1966) en Dalton (1966). 'Carne beschreef een syndroom van braken bij kinderen tengevolge van een depressie van de moeder. Dalton toonde aan, dat kinderen vaker voor verkoudheid de huisarts consulteerden in de premenstruele periode van de moeder.' Buck en Laughton (1959) deden een onderzoek naar de invloed van lichtere psychiatrische ziekte bij een der ouders op de gezondheid van de kinderen. Vooral psychoneurose van de moeder bleek invloed uit te oefenen op de kinderen. Voor de vader werd een dergelijke interactie niet aangetoond. Bij de kinderen in gezinnen met een neurotische moeder werd een relatief hoge incidentie van allerlei aandoeningen gevonden. Een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van de huisvrouw-huismoeder is van onmiskenbaar belang voor het functioneren van het gezin. Er is een intensieve reciproke interactie tussen de huisvrouw en haar

gezin. Veel gezinsproblemen worden gekenmerkt door een 'circulus vitiosus-dynamiek.' Een slechte huwelijkssituatie heeft een nadelige invloed op de gezondheid van de kinderen, maar ziekte en gedragsstoornissen bij kinderen oefenen een storende invloed uit op de huwelijkssatisfactie en daarmee op de kwaliteit van de huwelijkssituatie van de ouders (Renne, 1970).

– Mevrouw Pietersen is 41 jaar en heeft drie kinderen. Het oudste kind, een zoontje van 11 jaar, kon redelijk goed op school meekomen, maar veroorzaakte in de klas veel moeilijkheden. Zijn moeder werd er 'zenuwachtig' van. Zij kon het probleem niet goed aan. Hoewel zij haar huwelijk als 'bevredigend' beschreef, was zij toch teleurgesteld over het feit, dat zij het met haar man niet eens kon worden over de wijze van aanpakken van het kind. Hij 'praatte alles maar goed'.

Het kind toonde op zekere dag een dusdanig hysterisch gedragspatroon, dat uithuisplaatsing noodzakelijk werd. Na enkele weken van betrekkelijke rust in het gezin kwamen de symptomen van een huwelijkscrisis duidelijk aan de oppervlakte. Niet alleen mevrouw Pietersen, maar ook haar man en dochtertje werden vaak op het spreekuur gezien met allerlei, veelal vage klachten –

De morbiditeit van het gezin correleert met de gezinssituatie (Brenkman, 1963), maar de gezondheid van de huisvrouw – huismoeder lijkt een belangrijke factor in deze situatie. Het onderzoek van Brenkman levert bij analyse het interessante gegeven op, dat bij zeven van de dertien paren die deze onderzoeker met elkaar vergelijkt, de positie van de huisvrouw in de psycho-sociale situatie bepalend is voor de classificatie van het gezin naar 'kwaliteit van het gezinsmilieu'. Dit wijst op een groot aandeel van de huisvrouw in de gezinsproblematiek.

§ 5. DE HUISARTS, SOCIAAL-GENEESKUNDIGE VAN HET GEZIN

'Het is de huisarts, die ex professo de observatiepost van het gezin bezet houdt.' (Mertens)

Men kan de huisarts beschouwen als de sociaal-geneeskundige van het gezin (Bos, 1967). Het gezin is de primaire groep, de ecologische eenheid, waarmee de huisarts intensieve en continue relaties onderhoudt. Als gezinsarts is hij betrokken bij de wisselwerking ten aanzien van gezondheid

en ziekte tussen de individuele patiënt en het gezin waartoe deze patiënt behoort.

Het gezin is niet ontkomen aan alle ingrijpende veranderingen die zich in de maatschappij hebben voorgedaan. Toch is het nog steeds 'de belangrijkste van alle menselijke groeperingen, èn in biologisch èn psychologisch èn in sociologisch opzicht' (Mertens, 1951). Sociologisch stelt het gezin een zeer aparte eenheid voor, die niet omschreven kan worden door de optelsom van de individuele gezinsleden.

In vele publicaties wordt gewezen op de wisselwerking tussen de gezins-situatie en ziekte of gezondheid van het gezinslid. De 'gezinssituatie' is overigens een moeilijk definieerbaar begrip, wisselend naar tijd en plaats. Een aantal, deels objectief vast te stellen, deels slechts subjectief te waarderen psychologische en sociale factoren bepalen de situatie in het gezin. Kennis van deze factoren is voor de huisarts van belang, omdat zijn diagnostiek aan diepgang wint, wanneer hij in de bemoeienis met de individuele patiënt zijn medisch handelen mede kan laten bepalen door de psychologische situatie, waarin deze patiënt zich bevindt. Want 'eine Diagnose an sich gibt es nicht, sondern es gibt in Wahrheit verschiedene diagnostischen Tiefen' (Krüsi, 1968). Naast onverminderd de natuurwetenschappelijke benadering moet de huisarts via psychologische en sociale evaluatie van de situatie tot de opbouw van zijn diagnose komen. Relatering van de somatische verschijnselen aan de op het zieke individu inwerkende psychologische en sociale aspecten van het milieu moet dus de diagnostiek meer inhoud geven met directe consequenties voor therapie, prognostiek en preventie. Kennis van de interactiesystemen binnen het gezin en groepen gezinnen is van belang voor een beter begrip van gezinsepidemieën en -coïncidenties. Gezinscrises kunnen uitmonden in ziekte van de individuele patiënt en omgekeerd kan ziekte van één gezinslid het gehele gezin in een crisissituatie brengen.

Op het gezin zal zich een groot deel van toekomstig onderzoek door de huisarts dienen te richten. Exploratie van het interactiegebied, ontdekking van relevante milieufactoren is een vereiste om tot een voor de huisarts bruikbare typering te komen. Voor het gebruik door de huisarts zijn de meer bekende sociologische gezinstyperingen als die van Ponsioen (1958) en Kooy (1967) weinig geschikt. De sociologische schematisering van de gezinsfuncties onttrekt zich voor een deel aan het gezichtsveld van de huisarts. De 'gezinsproblematiek, waarmede de huisarts te maken heeft, kan niet uitsluitend met sociologische methoden worden benaderd' (Brenkman, 1963). Het zijn juist de interne, intieme gezinsrelaties die voor de huisarts van belang zijn. Meer dan enige andere hulpverlener is hij in de gelegenheid deze relaties te doorschouwen. Zij vormen de achtergrond en een integraal deel van het ziektegedrag van het individuele

gezinslid. De huisarts onderscheidt zijn gezinnen naar specifieke relatiepatronen binnen het gezin met betrekking tot het vóórkomen van ziekte of gezondheid of ten aanzien van het ziektegedrag: 'het gezin, waarvan nooit iemand ziek is' of bijvoorbeeld 'het gezin, waarvan iedereen frequent een beroep op de dokter doet' (Huygen, 1964). Deze typering wordt meer bepaald door het uiteindelijke effect van het ingewikkelde proces van wisselwerkingen tussen de individuele gezinsleden dan door de functies, welke door de cultuur aan het gezin zijn opgelegd. Soms voert dit dynamische proces tot pathologie bij een gezinslid. Zo beschouwen Laing en Esterson (1967) schizofrenie als een sociogeen fenomeen, dat niet zozeer als een ziekteverschijnsel van de individuele patiënt dan wel als een weerspiegeling van de gezinsrelaties beschouwd moet worden. Anderzijds kan de 'normale' dynamiek der gezinsrelaties doorkruist worden door een onverwachte rol, welke een der gezinsleden gaat spelen. Hierdoor ontstaat dan een verstoring in het normale evenwicht van de gezinsinteracties, waardoor het gehele gezin een pathologisch gedragspatroon kan gaan ontwikkelen. Voor de huisarts verschijnt dan weer een specifiek type gezin: 'het gezin met het gehandicapte kind', 'het gezin met de alcoholische vader' etc.

In vrijwel ieder gezin doen zich bij tijd en wijle stoornissen in het netwerk van gezinsrelaties voor. Dikwijls is het adaptatievermogen van het gezin voldoende groot om de crisissituatie te boven te komen. Ernstige aanpassingsproblemen kunnen overigens het meest stabiele gezin tijdelijk 'verzieken'. Zo kan het optreden van invaliditeit bij de huisvrouw aanleiding worden tot een periode van rolconflicten en ambivalenties bij alle gezinsleden (Skipper, 1968). De gezondheid van het gezin fluctueert. Iedere ervaren huisarts kent gezinnen, welke na een periode van frequent dokteren van alle gezinsleden, op een gegeven moment nauwelijks of geen bemoeienis van de arts nodig hebben. In een onderzoek naar huwelijks-satisfactie en subjectieve gezondheidsbeleving vond Karen Renne (1970) een duidelijke relatie tussen de huwelijksduur en de ervaren gezondheid. Het gezin is een interactiegebied waarin een complexe samenhang van somatische stoornissen en psychische en sociale factoren gezondheid of ziekte van het individu bepalen. Van systematisch onderzoek is nog nauwelijks sprake, maar een bescheiden begin is gemaakt. Het is bovendien misschien onmogelijk 'alles zu erfahren, was man für wissenswert hält' (Pflanz).

Verschillende deel-onderzoekingen hebben hun bijdrage geleverd aan de kennis van gezinspathologie (van Es, 1959, van Nieuwenhuizen, 1961, Brenkman, 1963). In een uitgebreid literatuuroverzicht herinnert Huygen (1964, 1970) aan de onderzoekingen van Meyer-Haggerty (1962) en Hinkle (1961). Meyer en Haggerty vonden in hun onderzoek een samen-

hang tussen het optreden van streptococceninfecties en stresssituaties in het gezin. Hinkle constateerde dat een groot deel van alle aandoeningen geconcentreerd bij een zeer klein percentage van de onderzochte gezinnen voorkwam. In New Castle upon Tyne, alwaar men een groot aantal gezinnen gedurende een reeks van jaren vervolgt, blijken bepaalde aandoeningen frequent en intensief bij zeer bepaalde gezinnen voor te komen, terwijl dit dikwijls niet genetisch of op grond van hygiënische omstandigheden is te verklaren. Er is bij de huisarts een groeiende behoefte aan kennis van het gezin en inzicht in gezinsproblemen. Uitgebreid onderzoek in samenwerking met socioloog, psycholoog, maatschappelijk werker en zielzorger is noodzakelijk, teneinde tot een systeem te komen waarmede relevante sociale, psychologische en cultureel-maatschappelijke factoren zijn te onderkennen en te rubriceren. Informatieve gegevens zijn door de huisarts vanuit zijn positie in een mate en op een wijze te verkrijgen, die voor andere onderzoekers nauwelijks is weggelegd.

Als 'schoenzoolepidemioloog', als 'waterdrager' zal hij in samenwerking met de 'leunstoelepidemioloog' (Pflanz) door het observeren, ordenen en toetsen van hetgeen hij bij zijn dagelijks werk ontmoet, elementaire functies binnen het gezin en groepen gezinnen (vooral met betrekking tot gezondheid en ziekte) kunnen analyseren.

Met betrekking tot de methode van onderzoek onderscheidt Cooper (1964) twee mogelijke wijzen van benadering.

In het eerste geval gaat men uit van specifieke diagnostische eenheden, die goed te definiëren zijn en met enige zekerheid klinisch zijn te verifiëren. Men past daarna op patiënten, die het desbetreffende ziektebeeld vertonen, psychologische tests toe om deze patiënten naar bijvoorbeeld persoonlijkheid te selecteren. Zo vond Kissen (1958) een samenhang tussen emotionele afhankelijkheid als een persoonlijkheidskenmerk en het risico om een longtuberculose te krijgen. Uit de onderzoekingen van Hinkle blijkt, dat alle ziekten in frequentie toenemen, naarmate de individuele patiënt stresssituaties subjectief als ernstig beleeft. In ons land vond van Deen (1952) in zijn onderzoek een verband tussen de geestelijke stabiliteit en het (goed te verifiëren) presenteren van klachten aan de arts.

De andere methode van onderzoek, welke Cooper suggereert, richt zich meer op bepaalde karakteristieken van een bevolkingsgroep, welke men dan tracht te betrekken op bijvoorbeeld de consultatiefrequentie als een exponent van de morbiditeit van die groep; een meer sociologisch geïnspireerde opzet dus. Voorbeelden van deze benadering zijn de onderzoekingen van Buma en Bak (1952), Brenkman en Huygen. Alhoewel de klachten, die ter kennis van de arts komen, slechts een gedeelte van de totale morbiditeit uitmaken en het gezondheidsgedrag van grote invloed is op het al of niet presenteren van klachten, kan het onderzoek naar de

aangeboden morbiditeit volgens Cooper een eerste stap zijn bij het onderzoek naar de eigen kenmerken van een bevolkingsgroep, bijvoorbeeld van het gezin. Karakteristiek voor een gezin is de 'gezinssituatie'. Deze gezinssituatie is slechts te omschrijven aan de hand van een aantal sociaalsituatieve factoren. Ondanks het alreeds verrichte onderzoek is het nog geenszins duidelijk, welke variabele sociale factoren relevant zijn. In de literatuur bestaat een redelijk uniforme opvatting ten aanzien van het belang van enkele milieuvariabelen: gezinssamenstelling, beroep, sociale laag, autochtoniteit. De waardering van de betekenis van allerlei milieufactoren voor de wisselwerking tussen patiënt en omgeving is zeer gecompliceerd. Afgezien van de feitelijkheid, dat iedere factor voor iedere patiënt een verschillende betekenis kan hebben, is er nog het probleem dat niet alle milieufactoren even objectief vast te stellen zijn. Met enige vrijheid zou men milieufactoren kunnen indelen in twee hoofdcategorieën: de *primaire*, 'harde situatieve factoren: geslacht, leeftijd, huwelijksduur, gezinssamenstelling, autochtoniteit, beroep; de *secundaire*, 'zachte' situatieve factoren: huwelijkskwaliteit, maatschappelijkheid, sociale laag, woningkwaliteit etc.

Ten aanzien van de klassering van personen of gezinnen naar de secundaire 'zachte' gegevens is enige subjectiviteit welhaast niet te vermijden, hoe voorzichtig men ook bij zijn beoordeling te werk gaat.

Bij de opzet van ieder onderzoek komt men vervolgens onvermijdelijk tot de vraag, welke (van de vele mogelijke relevante) factoren in het onderzoek betrokken moeten worden. Methodologisch moet men hier een keuze doen. Uitgaande van theoretische concepties, van min of meer hypothetische gezinsdiagnostische schema's (Haggerty, 1965) kan men trachten tot een verantwoorde keuze te komen. Overigens 'leiden er meer wegen naar Rome'. Niet iedere factor is even relevant en veelal heeft een relevante factor zijn onmiddellijke voorloper in een keten van oorzaken. Langs verschillende wegen zullen verschillend opgezette onderzoekingen op de duur de 'prior variable' onderkennen.

Het onderzoekveld van de huisarts omvat twee ecologische niveaus: de praktijkpopulatie als geheel en het gezin. Bij sociaal epidemiologisch onderzoek zal men per definitie de invloed van structurele en dynamische aspecten van de praktijkpopulatie of van het gezin op ziekte en gezondheid van de individuele patiënt in beschouwing moeten nemen. Bij de hulpverlening staat achter de diagnose bij het zieke individu de diagnose van het gezin (v. d. Sande, 1965). De kennis van deze achtergrond is nog beperkt. De huisarts, die 'ex professo de observatiepost van het gezin bezet houdt' (Mertens 1951) kan door bestudering van de morbiditeit van het gezin en het onderzoek naar samenhang van deze morbiditeit met de gezinssituatie belangrijke bijdragen leveren.

'The progress of medicine will be hampered and delayed till the general practitioner becomes an investigator'

(Mackenzy)

De huisartsgeneeskunde behoort tot de gebieden binnen de geneeskunde, waar nog te weinig vooruitgang met de therapeutische mogelijkheden wordt gemaakt, omdat er te weinig aan wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan (Gillie, 1963). Het laatste decennium tekent zich echter een kentering af, die tot uiting komt in een toenemend aantal publicaties vanuit de huisartsenpraktijk. In ons land hielden zich anno 1967 liefst 126 huisartsen bezig met een onderzoek in de huisartsenpraktijk en werden 49 groepsonderzoekingen door huisartsen geregistreerd (Rapport en Register Buiten Universitair Medisch Wetenschappelijk Onderzoek, 1967). Tot voor een aantal jaren was het nog een zeldzaamheid, dat een huisarts zich aan wetenschappelijk onderzoek waagde. De activiteiten van het in 1956 opgerichte Nederlands Huisartsen Genootschap hebben ongetwijfeld een katalyserende invloed uitgeoefend op het groeiend besef, dat een omgrenzing van het gebied van de eigen discipline noodzakelijk is om de huisarts zijn specifieke plaats in de gezondheidszorg te doen behouden. Intussen is men gaan spreken van 'huisartsgeneeskunde', waarbij Huygen (1967) opmerkt, dat de benoeming van 'huisartsgeneeskunde' als situatie-specialisme gerechtvaardigd is, doch dat deze 'huisartsgeneeskunde' en vooral de 'gezinsgeneeskunde' als wetenschap nog onvoldoende gefundeerd is. Niet alleen de overeenstemming naar het inhoudelijke (de Vries, 1966) maar ook de vorm en de wijze van benadering bepaalt het al of niet wetenschappelijk zijn van de huisartsgeneeskunde.

Voor de huisarts-onderzoeker ligt een groot veld braak. Veel onderwerpen zijn voor wetenschappelijke exploratie geschikt. Gebieden, waarnaar in eerste instantie de belangstelling blijkt uit te gaan zijn: preventie, hygiëne en epidemiologie, functie en werkwijze van de huisarts, klinisch geneesmiddelenonderzoek, medische psychologie, verloskunde en geriatrie (Rapport en Register Buiten Universitair Medisch Wetenschappelijk Onderzoek, 1967).

De situatie van de huisarts is specifiek en zijn werkwijze onderscheidt zich vooral door een andere benadering van ziekte en gezondheid van de methode van de specialist. Het morbiditeitspatroon in de huisartsenpraktijk verschilt in kwantitatief en in kwalitatief opzicht van het klinische

spectrum van gezondheidsstoornissen. Dit heeft consequenties voor de diagnostiek: de huisarts moet dikwijls met behulp van andere hulpmiddelen tot een vroege diagnose komen. Therapeutisch moet hij in staat zijn continue en integrale hulp te bieden bij chronische en ongeneeslijke ziekten. De kennis van patiënt en gezin moet hij uitbuiten 'to educate in positive health and preventive medicine' (Morrell, 1965).

De continuïteit van de zorg voor zijn patiënten en de ervaringskennis van de patiënt en diens milieu plaatsen de huisarts in een bevoorrechte positie ten opzichte van andere hulpverleners. Weinigen zijn zo vertrouwd met de achtergronden van de hulpvragende als juist de huisarts. Bij zijn hulpverlening kan hij de betekenis van het ziek-zijn voor de individuele mens en de invloed van de ziekte op het gezin in zijn handelen betrekken. Meer dan wie óók moet hij in staat geacht worden de samenhang te onderkennen tussen relatiestoornissen in het gezin en het optreden van bijvoorbeeld psycho-neurotische aandoeningen. De 'persoonlijke en ongerichte relatie op basis van een continue relatie' (van Nieuwenhuizen, 1961) verschaft hem de kennis en informatie, welke noodzakelijk is om de wisselwerking tussen ziekte of gezondheid en het gezinsmilieu te bestuderen. De patiënt kan zijn huisarts ten alle tijde en zonder tussenkomst van anderen raadplegen. De huisarts heeft van zijn kant vrij entree in het gezin van zijn patiënt. Zelfs wanneer niet om hulp is gevraagd vindt hij zelden een gesloten deur. Dit laatste mag niet worden onderschat. Binnen andere disciplines vormt de introductie in het gezin dikwijls een probleem. Bij de evaluatie van het grote casework project te St. Paul (U.S.A.) is deze entree in het gezin onderwerp van uitgebreide discussie. Voor de maatschappelijke werkers bleek het in vele gevallen niet zo eenvoudig toegang tot het gezin van de cliënt te verkrijgen. In de Nederlandse situatie, waar in de regel alle gezinsleden bij één en dezelfde huisarts als patiënt zijn ingeschreven, verkeert deze huisarts in een uitzonderlijk gunstige positie voor de bestudering van de wisselwerking tussen gezinsmilieu en ziekte of gezondheid.

Een huisartsgeneeskundige methode moet het mogelijk maken, dat kennis en ervaring van de huisarts meer efficiënt overdraagbaar worden. Met 'common sense, feeling, aanleg of hoe men het complex van aangeboren eigenschappen van de huisarts ook wil noemen, komt de gemiddelde huisarts niet uit' (Kuypers, 1966). Het resulteert voor de patiënt veelal in 'common places' (Mertens, 1967). Aan de kennis van patiënt en gezin kan de huisarts een belangrijke bijdrage leveren. Hij kan vanuit zijn praktijk de bouwstenen aandragen voor het fundament, de wetenschappelijke onderbouw van zijn methode. Het arbeidsterrein van de huisarts is uitgestrekt, geaccidenteerd en gevariëerd. De fundering van zijn beroep is

is geen grauwe, egale betonvloer, doch een veelkleurig mozaïek. Het kunstwerk is echter verre van voltooid en nog niet voldoende gehard om het beoogde gewicht te dragen. Intussen is het niet mogelijk iemand tot een goede huisarts op te leiden enkel en alleen door middel van de in vele subdisciplines opgedeelde klinische geneeskunde, hoe onontbeerlijk een en ander voor de basiskennis ook is. 'Wir lehren den Studenten kein einheitliches Orientierungssystem, sondern zwanzig Specialsysteme und die Integration überlassen wir dem Studenten' merkt von Uexküll (1968) op. De huisartsgeneeskunde is méér dan een simpele editie van de algemene interne geneeskunde en een algemene interne geneeskunde is geen beter soort huisartsgeneeskunde (vgl. Wijdeveld, 1970).

Het onderzoek door de huisarts in zijn eigen praktijk biedt vele mogelijkheden. Pflanz (1963) meent dat de huisartsenpraktijk een ecologische eenheid is, welke bij uitstek (en veel meer dan bijvoorbeeld de populatie van een kliniek of polikliniek) geschikt is voor epidemiologisch onderzoek in de moderne betekenis van het woord. Bij epidemiologisch onderzoek vormt de keuze van de onderzoekpopulatie de basis van elk onderzoeksplan. Algemene conclusies mogen eigenlijk alleen geformuleerd worden op grond van onderzoek onder een representatieve steekproef van de te onderzoeken populatie, waarbij idealiter een honderd procent respondentie vereist is. De moeilijkheden hierbij zijn in de regel zo groot, dat het een gelukkige omstandigheid genoemd kan worden, wanneer de onderzoeker zich kan beperken tot een kleinere en duidelijk definieerbare eenheid, zoals een school, bedrijf, of een huisartsenpraktijk.

Het onderzoek door de huisarts in zijn eigen praktijk biedt verder de voordelen van het 'participerend onderzoek'. De huisarts die een onderzoek in zijn praktijk entameert, zal meestal reeds enige jaren deel uitmaken van de gemeenschap waartoe zijn patiënten behoren. Hij zal de zeden en gewoonten van de bevolking kennen en zijn observaties kunnen aanvullen vanuit zijn ervaringskennis. Dit moge op het eerste gezicht een nadeel lijken ten opzichte van de positie van een waarnemer-buitenstaander, evenzeer lijkt het een voordeel bij de interpretatie van de observaties. Indien het onderzoek zich over een niet al te lange periode uitstrekt, zal de wijze van observeren door de huisarts even weinig aan veranderingen onderhevig zijn als zijn wijze van praktijk-voeren. Intra-observer-variation zal dus zeer waarschijnlijk een onbeduidende invloed uitoefenen.

De epidemiologische methode van onderzoek omvat de bestudering van mogelijke verbanden tussen structurele en dynamische aspecten van de omgeving en het ontstaan van ziekte of het bestaan van gezondheid. Een

waardering van deze structurele en dynamische aspecten van de omgeving is echter nog steeds een problematische zaak. Welke variabele factoren, waarin men deze aspecten zou kunnen ontleden zijn relevant of causaal? Welke waarde moet bovendien aan deze relevantie of causaliteit worden toegekend in het licht van de totaliteit van de psychosociale achtergrond? Elke ziekte is 'überdeterminiert' (Pflanz, 1963), dat wil zeggen door meer dan één agens te voorschijn geroepen. Deze 'Polyätiologie des biologischen Phänomens' (Krüsi, 1968) veronderstelt impliciet een multicausale benadering. Zo min als elk individu in werkelijkheid in gelijke mate ziek gemaakt wordt door een bepaald virus of een zekere bacterie, even weinig zal een ongunstige factor in de psychosociale situatie elke mens in gelijke mate beïnvloeden. Of zoals Von Uexküll (1961) het formuleert: deze pathogeniteit hangt af van de 'subjektive Bedeutung, die er für den einzeln Menschen hat, also die Qualität, wie ein objektives Ereignis subjectiv erlebt wird'. Bij de omschrijving van ziekte of gezondheid als een relatief begrip betekent ziekte een verstoring van het evenwicht tussen draagkracht en draaglast, ofwel meer filosofisch gezegd: tussen opdracht tot voltooiing enerzijds en eigen werkelijkheid anderzijds. Het waarderen van ziekte of gezondheid in deze zin is vooralsnog onmogelijk, waar de draagkracht al een moeilijk te bepalen grootte is en anderzijds de draaglast nog niet verantwoord te meten is.

Het morbiditeitsonderzoek in de huisartsenpraktijk is een reeds door verschillende onderzoekers gebruikte mogelijkheid om te komen tot een antwoord op hun vraagstellingen, die waren gelegen op het terrein van praktijkanalyse of op het gebied van meer speciaal onderzoek betreffende enige aandoening of groep aandoeningen. De studies van Mertens (1953) en van Deen (1952) leverden gegevens op met betrekking tot de 'workload' van de huisarts. Vele publicaties zijn sindsdien gevolgd, waarbij de morbiditeit in de huisartsenpraktijk, zowel kwantitatief als kwalitatief, onderwerp van studie was. (Oliemans, 1969, Roelink, 1965, Sanders, 1968 e.a.) Registratie van gepresenteerde morbiditeit, dat wil zeggen van die klachten en gezondheidsstoornissen welke ter kennis van de arts gebracht worden, vormde het uitgangspunt.

Deze onderzoeken zijn van belang gebleken voor de epidemiologie van ziekte en gezondheid in de huisartsenpraktijk. Gegevens betreffende de morbiditeit kunnen dienen als basis voor speciale onderzoeken en zijn van belang voor het onderwijs en de nascholing van de huisarts (van der Sande, 1965). Op velerlei wijze werd getracht meer inzicht te verkrijgen in de structuur van de huisartsenpraktijk en in het patroon van ziekte en gezondheid, zoals de huisarts dat waarneemt. De morbiditeitsstatistiek bleek hierbij een waardevol instrument te zijn. 'Wat de anatomo-

mie is voor de chirurg, is de morbiditeitsstatistiek voor de huisarts' (Braun, 1968). Hodgkin (1963) toonde aan, dat dit patroon wel bijzonder verschilt van de voorstelling ten deze vanuit de kliniek. Krüsi (1968) bevestigde in zijn onderzoek een en ander en vatte het kernachtig samen: 'nachdem wir so das tägliche Brot des praktischen Arztes kennen, machen wir die Feststellung, dass die Krankheitsbilder in Klinik und Allgemeinpraxis nur wenig Ueberschneidungen zeigen, das heisst, dass die in der Praxis häufigen Krankheitszustände in der Klinik kaum vorkommen und umgekehrt'.

De wisselwerking tussen milieu en ziekte van het individuele gezinslid kon ook meer inzichtelijk gemaakt worden vanuit het morbiditeitsonderzoek als methode, door de onderzoekpopulatie in groepen te verdelen, die met elkaar zijn te vergelijken tegen de achtergrond van de gezinssituatie (Brenkman, van Nieuwenhuizen).

Het onderzoek naar het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen kan zich intussen niet beperken tot de 'gepresenteerde' morbiditeit. Een belangrijk deel van de klachten van zijn patiënten blijven voor de arts 'verborgen, zoals uit verschillende onderzoeken gebleken is. Men spreekt dan wel van de 'ijsberg onder water'. Het begrip 'ijsberg van morbiditeit' werd gelanceerd door Last (1963), die op grond van epidemiologische gegevens tot de conclusie kwam, dat een aanzienlijk kwantum morbiditeit voor de arts verborgen blijft. De gepresenteerde, dat wil zeggen de aan de arts ter kennis gebrachte morbiditeit, wordt in het beeld van de 'ijsberg' voorgesteld door de top van de ijsberg. De bij de arts niet-bekende morbiditeit bevindt zich in de figuur van de ijsberg onder de waterspiegel. De beeldspraak van Last is door velen overgenomen, maar wordt op nogal veranderlijke wijze geïnterpreteerd. Zo onderscheidt Van Zonneveld (1968) in navolging van een model van de World Health Organization aan het 'boven-water-gedeelte' van de ijsberg een 'zichtbare zijde' (daarmede doelend op de gemelde morbiditeit) en een 'blinde zijde' (niet gepresenteerd, maar bij periodiek geneeskundig onderzoek te ontdekken). Onder de waterspiegel bevindt zich in zijn model de morbiditeit die, behalve onzichtbaar voor de arts, slechts door grondig onderzoek is te ontdekken ('sub-klinische morbiditeit'). Folmer (1968) verstaat onder de 'top van de ijsberg' kortweg: 'de aan de arts gepresenteerde morbiditeit'. Hij doelt bij de 'ijsberg onder water' op de weliswaar ervaren, doch niet-gepresenteerde morbiditeit. Ten behoeve van ons onderzoek wordt onder de 'top van de ijsberg' verstaan: de aan de arts ter kennis gebrachte morbiditeit. Onder de waterspiegel van de ijsberg bevindt zich dan de ervaren, doch niet gepresenteerde morbiditeit.

De registratie van de aangeboden ziekten en aandoeningen beslaat slechts de 'top van de ijsberg'. Het morbiditeitsonderzoek zal zich in de

toekomst meer en meer 'onder water' moeten begeven. De hierbij toe te passen methoden als preventief-geneeskundig-onderzoek (Bergsma, 1966) en enquête-onderzoek (Bramlage, 1962, Folmer, 1968) zijn nog slechts op beperkte schaal beproefd. De bij deze onderzoeken verkregen resultaten wijzen echter op het belang van voortgezet onderzoek naar de 'verborgen' morbiditeit. Zo bleken in het onderzoek van Bergsma ongeveer 35% van de vrouwen en circa 28% van de mannen psycho-emotionele klachten ('prikkelbaarheid') te hebben. Ten aanzien van de somatische klachten: vermoeide voeten, hoofdpijn, stressincontinentie en fluor albus gaf 25% van de vrouwen op hiervan last te hebben. Bij het onderzoek van Bramlage rapporteerden slechts 27% van de respondenten dat zij geen enkele klacht hadden.

Bij het epidemiologisch onderzoek naar de aangeboden morbiditeit dringt zich de vraag op in hoeverre men ziekte dan wel het antwoord op ziekte bestudeert.

Onderzoek naar het gezondheidsgedrag van patiënten is bij de bestudering van de morbiditeit dan ook een volgende belangrijke stap. Iedere huisarts weet uit ervaring dat, ten aanzien van het al of niet invoeren van medische hulp, grote onderlinge verschillen bij zijn patiënten zijn waar te nemen. De 'ijsberg' van de morbiditeit vertoont geen constante verhouding tussen het zichtbare en het onzichtbare deel. Een en ander wisselt naar allerlei discriminerende factoren als geslacht, leeftijd, aard van de aandoening, enzovoorts. Zo bleken in het onderzoek van Folmer niet alleen vrouwen meer ongemakken waar te nemen (zonder deze ter kennis van de arts te brengen) dan mannen, doch een dergelijk onderscheid deed zich ook voor tussen oudere en jonge mensen, zowel vrouwen als mannen. Ten aanzien van de 'drempel' tot het invoeren van medische hulp is nog maar weinig bekend.

Welke factoren bepalen deze 'drempelwaarde'? Het subjectieve gezondheidsgevoel, vroegere ervaringen met ziekte, de attitude van de patiënt ten opzichte van de medische professie, de attitude van de arts of persoonlijkheidskenmerken van de individuele patiënt als intellect, angst, neuroticisme?

In hoeverre spelen sociaal-situatieve factoren als sociale laag, religie, maatschappelijkheid, huwelijkssituatie, de relatie met de andere gezinsleden, familie of kennissen, de bereikbaarheid van medische hulp etc. een rol?

Op de beslissing van de patiënt de arts te consulteren oefenen vaak anderen mede invloed uit: 'there are of course many players in this common scene of the visit to the doctor and many variables which each player contributes' (Stoeckle, 1963). Zowel voor de hypothesevorming als voor

de methodologie van het explorerend onderzoek is dit een moeilijk terrein.

In samenwerking met onderzoekers uit de menswetenschappelijke disciplines zal de huisarts nog veel onderzoek moeten verrichten 'to learn a good deal more about the various attitudes, values and social definitions applied to symptoms and how these influence the adoption of patiënt role' (Mechanic, 1961).

I.I. AANLEIDING TOT EEN EIGEN ONDERZOEK

De behoefte om de positie van de huisvrouw in haar bestaanswerkelijkheid ten aanzien van ziekte en gezondheid nader te exploreren, vormde de aanleiding tot een onderzoek in de eigen praktijk. De casus van Mevrouw Jansen is richtinggevend geweest bij de oriëntatie in de literatuur.

Met betrekking tot ziekte en gezondheid bij de huisvrouw is nauwelijks systematisch onderzoek verricht. Op grond van tot dusver verschenen publicaties betreffende de morbiditeit van de huisvrouw mag de verwachting gekoesterd worden, dat er ten aanzien van de huisvrouw sprake is van een specifiek morbiditeitspatroon, een spectrum van klachten en aandoeningen dat verschilt van het ziektepatroon bij mannen en ongehuwde vrouwen.

De huisarts kan bij zijn onderzoek naar het morbiditeitspatroon uitgaan van de aan hem gepresenteerde morbiditeit. Hiermede wordt echter slechts de top van de 'ijsberg' verkend. Een aanzienlijk deel van de klachten en aandoeningen, vooral bij vrouwen, komt niet ter kennis van de arts. Het presenteren van klachten aan de arts is afhankelijk van velerlei factoren, welke tezamen het 'ziektegedrag' van de patiënt bepalen. Men kan het aldus formuleren: 'de gepresenteerde morbiditeit is een functie van de subjectief ervaren stoornissen in de gezondheid'. De subjectieve beleving van een stoornis in de gezondheid moet een zekere 'drempelwaarde' bereiken, wil de individuele patiënt 'actie ondernemen', in casu zijn klacht ter kennis van de arts brengen. Zoals in de inleiding werd opgemerkt, zullen zowel persoonlijkheidskenmerken als milieufactoren deze drempelwaarde beïnvloeden. Een goed beeld van de werkelijke morbiditeit, in dit geval van de huisvrouw, zal slechts verkregen kunnen worden als het onderzoek zich uiteindelijk niet beperkt tot de 'gepresenteerde' morbiditeit, maar ook de 'verborgen' morbiditeit en het 'ziektegedrag' in beschouwing neemt.

In het kader van een individueel onderzoek kan men echter niet alles tegelijk gaan onderzoeken. De mogelijkheden zijn voor de praktizerend huisarts-onderzoeker dan toch weer te beperkt. De opmerking van Cornelissen (1964), dat men bij enig onderzoek eerst 'met het meest voor de

hand liggende moet beginnen', is bij de opzet van het eigen onderzoek aanleiding geweest, allereerst vanuit de registratie van de gepresenteerde morbiditeit het ziektepatroon van de huisvrouw te exploreren.

Door een gelukkige samenloop van omstandigheden kon in een later stadium deze exploratie van de aangeboden morbiditeit worden gecompleteerd door een enquête-onderzoek naar een aantal aspecten van de ervaren morbiditeit.

1.2. DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

De doelstelling van het onderzoek kan worden omschreven als een poging meer kennis en inzicht te verkrijgen ten aanzien van het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen bij huisvrouwen.

In het licht van deze doelstelling wordt als opgave gesteld:

- een onderzoek naar de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit bij een aantal huisvrouwen;
- een onderzoek naar mogelijke verbanden tussen de gepresenteerde morbiditeit bij deze huisvrouwen enerzijds en een aantal aspecten van de gezinssituatie anderzijds;
- een onderzoek naar enkele aspecten van de ervaren morbiditeit bij deze huisvrouwen;
- een onderzoek naar mogelijke verbanden tussen de ervaren morbiditeit enerzijds en persoonlijkheidskenmerken anderzijds;
- een onderzoek naar de relevantie van persoonlijkheidsfactoren met betrekking tot het al of niet inroepen van medische hulp als een aspect van het ziektegedrag van deze huisvrouwen.

1.3. VRAAGSTELLINGEN VAN HET ONDERZOEK

Hoe vaak en waarvoor consulteren de huisvrouwen in deze praktijk de huisarts? Doen zij bijvoorbeeld een frequenter beroep op de huisarts dan hun mannen en ongehuwde vrouwen?

Hoe is de verdeling naar aard en aantal van aandoeningen en verrichtingen bij deze huisvrouwen? Zijn er ten deze verschillen aantoonbaar tussen huisvrouwen, hun mannen en ongehuwde vrouwen?

Is er bij deze huisvrouwen een samenhang tussen het aantal verrichtingen enerzijds en de gezinssituatie anderzijds?

Is bij de gezinnen, die in het onderzoek zijn betrokken, een samenhang aantoonbaar tussen het aantal verrichtingen bij de huisvrouw enerzijds en het gemiddeld aantal verrichtingen bij haar kinderen anderzijds?

Hoe is bij de huisvrouwen in deze praktijk de verhouding tussen de klachten en aandoeningen, die zij ter kennis van de arts brengen en de klachten en aandoeningen, welke zij ervaren?

Is er met betrekking tot de graad van neuroticisme, als kenmerk van de persoonlijkheid, verschil tussen de huisvrouwen die veel gezondheidsstoornissen ervaren en de huisvrouwen die weinig of geen klachten hebben?

Is er een samenhang aan te tonen tussen de graad van neuroticisme van de huisvrouwen en hun gedrag met betrekking tot het inroepen van medische hulp door de huisarts?

Bestaat er bij deze huisvrouwen samenhang tussen hun kennis van medische zaken enerzijds en hun gedrag ten aanzien van het inroepen van hulp door de huisarts anderzijds?

1.4. DE METHODE VAN ONDERZOEK

Bij de keuze van de methode van onderzoek is de onderzoeker gebonden aan de concrete mogelijkheden waarover hij in zijn situatie kan beschikken. Voor de praktiserend huisarts geldt dan als één van de eerste desiderata, dat het verzamelen van onderzoekmateriaal als een (tijdelijke) 'routine' in zijn dagelijkse praktijkvoering moet kunnen worden opgenomen. Zelfs dit postulaat zal naar arts en situatie verschillende betekenis hebben. De mogelijkheden, welke de onderzoeker in een bepaalde situatie tot zijn beschikking heeft, beperken dikwijls de omvang van zijn doelstelling. Alhoewel in het algemeen de methode van onderzoek eerst aan de orde komt na de formulering van doelstelling en vraagstelling, is deze chronologie – zeker in de situatie van het individuele onderzoek – niet immer aan te houden. Ook bij de opzet van dit onderzoek is formulering van doelstelling en vraagstellingen niet los te zien van de keuze van de methode van onderzoek.

Het goed geregistreerde patiëntenbestand van de praktijk gaf de beschikking over een groot aantal 'harde' data betreffende personen en gezinnen. Sinds 1967 wordt in de praktijk van onderzoek een continue patiëntenbestand-registratie bijgehouden volgens het zogenaamde H.T.V.-systeem. Deze wijze van bestandsregistratie is ontwikkeld in de huisartsenpraktijken van Huygen-van Thiel en van Vlamings. Door middel van op computertape vastgelegde gegevens is het mogelijk ten alle tijde te beschikken over een reeks basisdata betreffende de gezinnen en personen, waaruit de praktijkpopulatie is samengesteld:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| – betreffende het gezin: | gezinsvolledigheid |
| | wijze van huisvesting |
| | gemeente/dorp/wijk van vestiging |
| | godsdienst van de beide ouders |
| | datum van burgerlijk en kerke- |

lijk huwelijk
aard van de kinderen
aantal kinderen

- betreffende de persoon:

volgnummer in het gezin
geslacht
geboortedatum
godsdiens
burgelijke staat
wijze van verzekering tegen
ziektenrisico
sociale laag

Het merendeel van de gegevens, welke voor de inventarisatie van de praktijk en van de onderzoekpopulatie benodigd werden, kon aan deze registratie worden ontleend. Ten behoeve van het onderzoek is indertijd een aantal aanvullende gegevens betreffende de onderzoekpopulatie aan bovengenoemde registratie toegevoegd. Genoemd moeten worden drie data:

graad van maatschappelijkheid
woningkwaliteit
lidmaatschap van de kruisvereniging

Bovenstaande persoons- en gezinsgegevens kunnen worden onderscheiden in een aantal primaire of 'harde', en een aantal secundaire of 'zachte' gegevens. Deze laatste 'zachte' gegevens zijn daarom 'secundair' omdat, bij hoe nauwkeurige inventarisatie óók, enige subjectiviteit niet is te vermijden. Toch betreft het hier dikwijls belangrijke situatiegegevens, welke voor de beschrijving van het milieu onmisbaar zijn. In dit geval gaat het om de volgende data:

sociale laag
graad van maatschappelijkheid
woningkwaliteit

Anders dan met betrekking tot de 'harde' gegevens, is ten aanzien van de indeling van personen en gezinnen naar de 'zachte' situatiegegevens nadere toelichting gewenst. Op welke wijze de gezinnen in het onderzoek zijn geklasseerd naar sociale laag, maatschappelijkheid en hoe de kwaliteit van de woning werd beoordeeld, wordt beschreven in paragraaf 9 van dit hoofdstuk.

De veelheid van gegevens betreffende het gezin, die in het uitgebreide H.T.V.-systeem van de praktijk voorhanden is, kon benut worden om de resultaten van een continue morbiditeitsregistratie te betrekken op een

aantal aspecten van de gezinssituatie. In het licht van het postulaat van 'praktische uitvoerbaarheid' was daardoor de keuze van de methode bepaald. De epidemiologische benadering, de bestudering van het vóórkomen van gezondheidsstoornissen, in dit geval van huisvrouwen in een aantal verschillende situaties, is het uitgangspunt van het onderzoek geworden.

In het kader van het 'keuzevak gedragswetenschappen' van de medische faculteit van de Katholieke Universiteit is tevens een onderzoek gedaan naar de subjectieve gezondheidsservaring en naar enkele aspecten van het 'ziektegedrag' (c.q. 'gezondheidsgedrag') van de populatie huisvrouwen, waarop het eerste gedeelte van het onderzoek is gericht. Door middel van enquêtering is een groot aantal gegevens verzameld, welke in het bestek van de normale praktijkvoering niet te verkrijgen waren.

I.5. OPZET VAN HET ONDERZOEK

In een aantal besprekingen met een stuurgroep van het Instituut voor Sociale Geneeskunde en het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut van de Katholieke Universiteit, werd het plan van onderzoek opgesteld. Het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen bij de huisvrouwen in de praktijk, zou geëxploreerd worden door middel van één jaar continue morbiditeitsregistratie. Hierdoor kon een beeld verkregen worden van de 'aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit'. De gegevens van de bestandsregistratie zouden kunnen dienen om de gezinssituatie met de gevonden resultaten in verband te brengen. Mogelijk kon hierdoor meer inzicht verkregen worden in de betekenis van de gezinssituatie voor ziekte of gezondheid van de huisvrouw.

Men kan ervan uitgaan dat 'huisvrouw-zijn' betekent: 'een gezin verzorgen'. De aanwezigheid van kinderen kan men als voorwaarde van het bestaan van een 'gezin' beschouwen. Het is evenzeer te verdedigen, een huwelijk zonder kinderen als 'gezin' te omschrijven, afgezien van het feit of het gezin 'voltooid' of 'onvoltooid' is. In sommige publicaties spreekt men over 'gezinnen' zelfs met betrekking tot andere samenlevingsverbanden dan echtparen met of zonder kinderen. 'Niet-biologische gezinnen' of 'thuisgroepen' (de Vries, 1970) zijn echter geen betere benamingen dan het ingeburgerde begrip 'huishouding'.

Ten behoeve van het onderhavige onderzoek zou als 'huisvrouw' worden beschouwd: 'iedere vrouw, die haar man en eventuele kinderen verzorgt'. Als 'gezin' zou alleen het zogenaamde nucleaire gezin in het onderzoek worden opgenomen. Inwonende grootouders en dergelijken zouden niet als gezinslid worden beschouwd. Weduwen, al of niet met kinderen, werden van het onderzoek uitgesloten. Allereerst was blijkens de praktijkgegevens hun aantal klein en voorts gaat het in gezinnen van

weduwen om een bijzondere gezinssituatie, die zich te zeer van de 'normale' situatie onderscheidt.

Het onderzoek zou dus gericht zijn op complete onvoltooide en voltooide gezinnen. De bedoeling van het onderzoek was, de morbiditeit te onderzoeken van een groot aantal huisvrouwen in gewone omstandigheden binnen de normale variëteit van maatschappelijke situaties.

Op grond van een proef-inventarisatie van de praktijkpopulatie zijn de leeftijdsgrenzen van de te onderzoeken huisvrouwen gesteld op 20 jaar als benedengrens en 54 jaar als bovengrens. Beneden de leeftijd van 20 jaar waren maar zeer weinig huisvrouwen als patiënt ingeschreven, terwijl de gezinnen waarvan de huisvrouw 55 jaar of ouder was, veelal slechts een klein restant van het oorspronkelijke gezin omvatten.

Omdat een gezin tijdens en na een periode van verhuizing aan een bijzondere belasting is blootgesteld, hetgeen een verhoogde morbiditeit van één of meer gezinsleden, vooral van de moeder, kan veroorzaken (Kuypers 1966), zijn alléén die gezinnen in het onderzoek betrokken welke tenminste één jaar vóór de aanvang van het onderzoek in de praktijk waren ingeschreven.

De verkregen resultaten van dit deel van het onderzoek zullen geïnterpreteerd worden tegen de achtergrond van de resultaten van eenzelfde onderzoek bij de mannen van deze huisvrouwen.

Alhoewel een vergelijking van de gepresenteerde morbiditeit van de huisvrouwen met een groep ongehuwde vrouwen bemoeilijkt zou worden door het probleem, dat in de hogere leeftijdscategorieën weinig of geen ongehuwde vrouwen voorkomen, zou afhankelijk van de resultaten van de praktijkinventarisatie gepoogd worden een dergelijke vergelijkingsgroep samen te stellen. Gedurende het jaar van onderzoek zouden, evenals bij de huisvrouwen en hun mannen, alle klachten en aandoeningen van deze ongehuwde vrouwen worden geregistreerd.

Hoewel reeds bij de eerste bespreking van het onderzoeksplan de idee geopperd is, de ervaren morbiditeit te onderzoeken door middel van enquête, werd hiertoe eerst na afloop van het eerste gedeelte van het onderzoek besloten. Een en ander is het gevolg geweest van de omstandigheid, dat niet eerder zekerheid kon worden verkregen met betrekking tot de daarvoor noodzakelijke hulp. Het vragenlijstonderzoek heeft meer dan een jaar na afsluiting van het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit plaats gevonden. Dit heeft natuurlijk zijn bezwaren, maar anderzijds heeft de enquête in ieder geval geen invloed op de geregistreerde morbiditeit uitgeoefend. Een van de nadelen van deze verschuiving in tijd tussen registratie en enquête is het uitvallen van een aantal gezinnen bij de enquête tengevolge van redenen als verhuizing, sterfgeval enz.

1.6. HET PROEFONDERZOEK

In juni 1967 werd in een proefonderzoek van 4 weken de methodische opzet van het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit getest. Op grond van de evaluatie van deze proefperiode werden enkele wijzigingen, voornamelijk van technische aard, in de registratie aangebracht. Zo werd besloten voor de duur van het onderzoek voor elk gezin dat in het onderzoek werd opgenomen, naast de bekende N.H.G.-patiëntenkaart een gezinskaart aan te leggen. Op deze geprecodeerde kaart (bijlage I) werden alle verrichtingen van de huisarts bij de huisvrouw, haar man en de kinderen uit het gezin genoteerd. Zoveel mogelijk werden alle gegevens, óók met betrekking tot verwijzing naar een specialist, opname in een ziekenhuis en naar aard van verrichting en aandoening, meteen in code gebracht. Een en ander heeft een aanzienlijke tijdsbesparing bij de bewerking van de onderzoeksgegevens opgeleverd.

Het vragenlijstonderzoek werd voor zover noodzakelijk in een proefopstelling getest bij een vóóronderzoek in Nijmegen, mei 1970. 'Voor zover noodzakelijk', omdat de gebruikte vragenlijst een samenstelling is van deels valide psychometrische vragenlijsten (zoals de Amsterdamse Biografische Vragenlijst), deels eigen, op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut ontworpen enquête-lijsten (zoals de Algemene Klachten Vragenlijst). De niet-gestandaardiseerde eigen vragenlijsten werden gedurende 14 dagen in de praktijk van een collega beproefd. Aan de enquête werd bovendien een aantal vragen toegevoegd, ontleend aan een enquêtelijst van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek te Zeist. In het hoofdstuk betreffende de resultaten van het enquête-onderzoek zal de in ons onderzoek gebruikte vragenlijst verder worden besproken (zie bijlage III).

1.7. DE PERIODE VAN ONDERZOEK

Het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit door middel van de continue registratie van alle aangeboden klachten en aandoeningen vond plaats over een periode van 12 maanden van 1 september 1967 tot 1 september 1968. Voor de inventarisatie van het praktijkbestand en van de onderzoekpopulatie werd uitgegaan van een peildatum halfweg deze periode van onderzoek, 1 maart 1968. Voor sommige inventariserende gegevens was het niet mogelijk precies deze datum aan te houden. Zoveel mogelijk is getracht, gebruik te maken van op of rond maart 1968 geldende data.

De enquête werd, zoals reeds opgemerkt, meer dan een jaar na afsluiten van het eerste deel van het onderzoek gehouden. Na enige weken voorbereiding werd het vragenlijstonderzoek met behulp van 8 studenten uitgevoerd gedurende de zomermaanden van 1970.

1.8. HET ONDERZOEK MATERIAAL

De vele gegevens, welke gedurende de registratieperiode werden verzameld, zijn per computer bewerkt (Universitair Rekencentrum). Alle verrichtingen bij de huisvrouwen, hun mannen en kinderen werden als consult, visite of irregulaire visite geregistreerd. Verwijzingen naar specialist of opnames in het ziekenhuis werden naar de aard van het specialisme of deelspecialisme genoteerd. Onder een consult werd verstaan: elk patiënt – artscontact ten huize van de arts. Een telefonisch contact werd als 'consult' medegeteld, wanneer hierbij een advies werd gegeven of een medicament werd voorgeschreven. Een bezoek van de arts ten huize van de patiënt werd als 'visite' geregistreerd.

Het begrip 'irregulaire visite' is een arbitrair gegeven. Of een verrichting door de arts als 'irregulair' wordt ervaren, hangt af van de instelling van de desbetreffende arts. Zijn opvatting ten deze wordt weer medebepaald door de situatie waarin hij als praktizerend huisarts geplaatst is. In de routine van onze praktijk wordt in het algemeen een visite als 'irregulair' bevonden als deze 'met spoed' of in de periode van 19.00 uur tot het begin van de normale visite-ronde, hetzij gedurende het week-end gemaakt is. Deze criteria zijn voor het onderhavige onderzoek aangehouden.

De aandoeningen en klachten, welke ter kennis van de huisarts werden gebracht, zijn gecodeerd volgens de E-lijst. Deze E-lijst is opgesteld door Eimerl (1960). Het is een afleiding van de internationale classificatie van ziekten en doodsoorzaken, de 'International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death'. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft een Nederlandse versie van de E-lijst uitgebracht, vooral ten behoeve van de huisarts-onderzoeker in de Nederlandse situatie (Bijlage II).

De codering volgens de E-lijst is weliswaar aangepast aan de behoeften van de huisarts, die bijvoorbeeld dikwijls met een 'symptoom-diagnose' moet volstaan, maar biedt toch nog vele problemen, met name met betrekking tot de indeling van de aandoeningen in categorieën. Zo is het nog wel te verstaan dat het symptoom 'hoesten' bij de categorie der respiratoire aandoeningen wordt ingedeeld, alhoewel hoesten soms meer als een nerveus symptoom dan als een afwijking van de tractus respiratorius moet worden beschouwd. De indeling van 'functionele hartziekte' bij de aandoeningen van de tractus circulatorius en van bijvoorbeeld de meniscuslaesie bij de aandoeningen van het bewegingsapparaat is minder vanzelfsprekend, wanneer andere functionele klachten in de categorie der psychische stoornissen worden geklasseerd en een distorsie (terecht) tot de categorie der traumata wordt gerekend. Verschillende onderzoekers (Oliemans, 1969, Folmer, 1968) weken dan ook naar eigen inzicht van deze

hoofddeling van de E-lijst af. Het naar eigen inzicht herklasseren heeft echter grote bezwaren ten aanzien van de mogelijke vergelijkbaarheid van het eigen onderzoek met de resultaten van andere onderzoekers.

Teneinde een zekere vaste gewoonte in het coderen te verwerven, werd reeds een half jaar voor de aanvang van de onderzoek-periode met een morbiditeitsregistratie op basis van de E-lijst begonnen. Dit bood de gelegenheid om problemen tijdig te signaleren en tot een aantal vuistregels voor de onderzoekperiode te komen. Overleg met een meer ervaren collega was nu en dan noodzakelijk om tot een goede oplossing te geraken.

Het vragenlijstonderzoek heeft een veelheid van gegevens opgeleverd, welke ten dele voor dit onderzoek werden benut. Zowel met betrekking tot het vóórkomen van klachten en aandoeningen bij huisvrouwen als ten aanzien van hun gezondheidsgedrag en hun persoonlijkheid is bij deze enquête een onderzoek ingesteld. De medische studenten die aan het vragenlijstonderzoek hun medewerking hebben verleend, zijn bij de opzet van deze fase van het onderzoek betrokken geweest. In een introductie-programma zijn zij voorbereid op de problemen die zich bij enquêtering kunnen voordoen.

Op enkele van deze problemen wijst Bramlage (1962) in haar publicatie over een enquête naar 'ziekte en gezondheid te Zutphen'. Zo zou men vooral in de Angelsaksische landen de opvatting zijn toegedaan, dat men dit enquêterwerk beter door getrainde leken of maatschappelijke werkers kan laten doen dan door medisch geschoolden. Bij deze laatsten zou het gevaar bestaan dat eigen actie en interpretatie de resultaten beïnvloeden. Van de kant van de geënquêteerde zou de rolverwachting een storend element kunnen betekenen als de enquêteur als een vertegenwoordiger van de medische professie, in dit geval van de huisarts, wordt gezien. Dit laatste probleem is door de studenten in sommige gevallen inderdaad gesignaleerd. De introductie vooraf met betrekking tot deze problemen en de omstandigheid dat alle enquêteurs in het praktijkgebied onbekend waren, zijn er de oorzaak van geweest dat slechts een zeer klein gedeelte van de vragenlijsten om deze reden onbruikbaar is gebleken.

De vragenlijst die voor het onderzoek is gebruikt, werd samengesteld door een werkgroep van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut. De gehele enquête bestond uit acht onderdelen, die achtereenvolgens betrekking hadden op: ziekte-ervaring, subjectieve gezondheidsbeleving, gezondheidsverwachting, ervaren gezondheid, persoonlijkheidskenmerken als neuroticisme en extraversie (Amsterdamse Biografische Vragenlijst), het handelen in een medische situatie, de intelligentie (Kent-test) en de huwelijksatisfactie. Met betrekking tot dit laatste onderwerp, de huwelijksatisfactie, is gebruik gemaakt van een enquêtelijst van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek te Zeist, welke

vragenlijst aldaar in een andere situatie met een andere doelstelling is ontwikkeld en operationeel is gemaakt. Voor nadere bijzonderheden over de enquête zij verwezen naar het hoofdstuk betreffende de resultaten van het vragenlijstonderzoek.

1.9. INVENTARISATIE VAN ENKELE 'ZACHTE' GEGEVENS

1.9.1. 'Sociale laag'

De stratificatie van een bevolking naar sociale laag vormt nog steeds een probleem, dat moeilijk bevredigend is op te lossen. Sinds het onderzoek van Van Heek (1958) is het vrij algemeen de gewoonte, de positie welke iemand in de sociale stratificatie inneemt, aan te duiden door middel van het beroep van de desbetreffende persoon. Beroepsprestige, bepaald door opleiding, inkomen en de hiërarchische plaats welke de beroepsbeoefenaar binnen de samenleving inneemt, is zodoende het belangrijkste criterium voor de plaats van de individuele persoon op de sociale ladder.

De werkgroep G.T.E., 'GezinsTypologie en -Epidemiologie', van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, hanteert een sociale stratificatie die hoofdzakelijk op een beroepsprestigeschaal is gebaseerd, alhoewel de criteria 'sociale rol' en 'zelfstandigheid', alsmede de onderscheiding 'agrarisch' en 'niet-agrarisch' een speciaal accent hebben. Men zou zich kunnen beperken tot het benoemen van bepaalde beroepscategorieën, uitgaande van het opgegeven beroep, zoals bijvoorbeeld Brenkman ten behoeve van zijn praktijkinventarisatie heeft gedaan. Bij de bewerking van de gegevens van het onderzoek zal echter veelal de noodzaak bestaan, het grote aantal categorieën tot een kleiner aantal terug te brengen. Op dat moment doet zich dan toch weer het probleem voor, dat men elk beroep ergens op een naar hiërarchie opklimmende schaal moet kunnen plaatsen.

Een bijkomend probleem is, dat het opgegeven beroep soms niet eenduidig is te omschrijven en een naar plaats en situatie wisselende waardering behoeft.

De G.T.E.-methode van stratificeren onderscheidt elf sociale lagen (zie tabel 4, pag. 45), waarover de huisarts zijn patiënten en gezinnen kan verdelen aan de hand van een aantal criteria als: opleiding, beroep, inkomen, sociale rol binnen de gemeenschap, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. De indeling door de huisarts, die in de regel goed op de hoogte is van de situatie binnen de gemeenschap waarvan hij zelf deel uitmaakt, biedt het voordeel, dat niet door een te star vasthouden aan de eenmaal gestelde criteria, iemands werkelijke plaats binnen de gemeenschap wordt onderschat of wordt overgewaardeerd. Ten behoeve van ons

onderzoek is gebruik gemaakt van deze G.T.E.-schaal. Een handleiding van de werkgroep G.T.E. diende als leidraad bij de indeling van de gezinnen in de praktijk en in de onderzoekpopulatie. Voor zover zich niettemin problemen voordeden met betrekking tot deze inventarisatie is dankbaar gebruik gemaakt van de mogelijkheid van overleg binnen de werkgroep.

1.9.2. *'Graad van maatschappelijkheid'*

Anders dan bij de indeling van gezinnen naar kindertal of huwelijksduur heeft men bij de klassering van gezinnen naar 'graad van maatschappelijkheid' geen houvast aan een objectief gegeven. Evenals bij de stratificatie van de gezinnen naar sociale laag, is men in zijn waardering immer beperkt door de relativiteit van ieder criterium. Men is gedwongen bepaalde criteria te hanteren, die dikwijls nauwelijks op hun relevantie zijn te toetsen. Het is gevaarlijk te veronderstellen dat men de juiste criteria op de juiste wijze heeft toegepast, wanneer men zijn conclusies tracht te formuleren. Menig onderzoek dat de 'maatschappelijkheid' tot onderwerp had, is dan ook ten prooi gevallen aan ongezouten kritiek. Bij evaluatie van tot dusver verschenen publicaties over het verschijnsel 'onmaatschappelijkheid' blijkt het welhaast ondoenlijk op wetenschappelijk aanvaardbare wijze probleemgezinnen te inventariseren. In zijn publicatie 'Sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid' (1961) bespreekt Milikowski verschillende inventarisaties zoals het onderzoek van Litjens (1953) te Maastricht, waarin te veel nadruk werd gelegd op de religie, op de wijze van huisvesting en waarin de onderzoeker zich beperkte tot de lagere sociale lagen. Deze onzuivere benadering is overigens in vele inventarisaties gesignaleerd. Zo wijst Van Dongen (1967) erop, dat de meeste tot nu toe verrichte inventarisaties te veel in dienst staan van een handhaven van de bestaande maatschappelijke orde. Hoe dan ook, geen objectieve benadering. Hij analyseerde een dertigtal inventariserende onderzoeken en kwam tot de conclusie dat van zeer verschillende uitgangspunten werd uitgegaan, dat zeer verschillende criteria werden gehanteerd. De meeste inventarisaties zijn naar zijn mening dan ook niet onderling vergelijkbaar, daar de accenten veelal totaal verschillend gelegd zijn en geheel verschillende aspecten van het verschijnsel onmaatschappelijkheid onderzocht zijn. De meeste rapporten zijn te subjectivistisch, te veel gekleurd door de inbreng van waarnemers die niet getraind zijn in objectief observeren. Deze kritiek van Van Dongen is juist. Over de inhoud van het begrip 'onmaatschappelijkheid' zijn vele publicisten het om te beginnen niet eens. Het blijkt buitengewoon moeilijk een aanvaardbare definitie van dit begrip te geven. Het is trouwens de vraag of een uniforme definiëring haalbaar is bij het omschrijven van een in zijn ver-

schijningsvorm zo complex en variabel optredend probleem. Milikowski, die terecht wil afrekenen met de neiging onmaatschappelijkheid te localiseren in de lagere sociale strata, formuleert: 'onmaatschappelijkheid is een sociaal verschijnsel, waarvan met wetenschappelijk zo verantwoord mogelijke methoden vastgesteld is, dat het in enigerlei opzicht nadelig is voor de voortgaande ontwikkeling van de menselijke emancipatie'.

Hij schept een onderscheid tussen 'primaire' en 'secundaire' onmaatschappelijkheid waarbij men, kort weergegeven, spreekt van primaire onmaatschappelijkheid wanneer het gaat om een benadelen van het algemeen sociaal welzijn en van secundaire onmaatschappelijkheid als men bedoelt: een gedragswijze, die de ontplooiing van de individuele menselijke persoonlijkheid van de betrokkenen schaadt. Onder alle lagen van de bevolking komen beide vormen van onmaatschappelijkheid voor, waarbij het niet verwonderlijk is dat de primaire vorm meer in de hogere sociale lagen is te signaleren en de secundaire overwegend in de lagere sociale strata. Milikowski relateert de bruikbaarheid van zijn definitie evenwel door te spreken van 'zo verantwoord mogelijke methoden'. De juiste methode voor inventarisatie van 'onmaatschappelijkheid' is (nog) niet gevonden

Bij kennisname van meer recente publicaties op dit terrein, krijgt men de indruk dat de rapporteurs zich kritiek willen besparen door het geladen woord 'onmaatschappelijkheid' te vervangen door andere meer eufemistische termen als onaangepast, niet-aangepast, anders-maatschappelijk, probleemgezin. Alhoewel deze begrippen elkaar niet dekken (vooral 'probleemgezin' heeft in het jargon van de huisarts een aparte betekenis), draagt een en ander bij tot een babylonische spraakverwarring. Intussen blijft het een feit dat zich praktische problemen voordoen die om een praktisch hanteerbare oplossing vragen. Dit geldt ook voor de inventarisatie van de gezinnen uit dit onderzoek met betrekking tot de 'graad van maatschappelijkheid'. Misschien is de ten behoeve van dit onderzoek gevolgde procedure van inventarisatie tengevolge van alle kritiek te voorzichtig geweest, d.w.z. misschien hebben de leden van het plaatselijk home-team de criteria al te zwaar 'gewogen'. In ieder geval lijkt de uitkomst van deze inventarisatie, waarbij van de 538 onderzoekgezinnen 30 gezinnen als 'zwak-maatschappelijk' en slechts 3 gezinnen als 'onmaatschappelijk' zijn geklasseerd, niet geflatteerd ten aanzien van het vóórkomen van onmaatschappelijkheid.

De onderzoekgezinnen zijn op grond van een in een vóóronderzoek beproefde schaal in drie categorieën ingedeeld: maatschappelijke, zwak-maatschappelijke en onmaatschappelijke gezinnen. De beoordeling geschiedde door de vier vaste leden van het home-team, te weten de huisarts, de maatschappelijk werkster, de wijkverpleegster en de zielzorger.

De beoordelingsschaal werd geconstrueerd aan de hand van een tiental criteria, welke op basis van literatuurinformatie alsmede op grond van een eerder voor de gemeente Doesburg verrichte inventarisatie als relevant werden beschouwd:

- regelmaat van de huishoudelijke activiteiten
- materiële verzorging van de kinderen
- opvoeding van de kinderen
- crimineel of seksueel wangedrag
- overig afwijkend gedrag (vernietzucht, drankmisbruik)
- besteding van de inkomsten
- verzorging van de woning
- verhouding tussen de ouders
- typering van de man als arbeidskracht
- (algemene situatie thuis).

Het probleem, dat niet ieder criterium even zwaar weegt, was welhaast een onoverkomelijk bezwaar bij de berekening van een eind-score voor het desbetreffende gezin. Op de volgende wijze is getracht deze moeilijkheden op te lossen: allereerst moest ieder teamlid het gezin een cijfer geven op een tienpuntschaal. Bij de waardering van een gezin moest 'gelet' worden op de criteria. Uitgegaan werd hier van de omstandigheid, dat iedere Nederlander bij waardering op een puntschaal gewend is aan de op school gebruikelijke tienpuntschaal. Bij evaluatie van de resultaten, die overigens weinig verschilden van het uiteindelijke resultaat, was de werkgroep niet bevredigd. Om uit de impasse te geraken, werd toen door de huisarts en de maatschappelijk werkster een proefonderzoek gedaan, uitgaande van een aantal evident onmaatschappelijke gezinnen (als zodanig bekend bij het Instituut voor Maatschappelijk Werk) en een aantal duidelijk maatschappelijke gezinnen in de stad. Het resultaat van deze poging was een tienpuntschaal met de volgende waarderingen:

- | | |
|-----------------------------|------|
| - onmaatschappelijk gezin | 0-4 |
| - zwakmaatschappelijk gezin | 5-7 |
| - maatschappelijk gezin | 7-10 |

Bij dit proefonderzoek was gebleken, dat het probleem van de verschillende 'zwaarte' van de aanvankelijke negen criteria enigszins te ondervangen was door toevoeging van een 'algemeen' criterium: 'algemene situatie thuis'. De op deze wijze verkregen tien criteria werden afzonderlijk door de deelnemers aan de situatie in elk gezin getoetst, hetgeen weer resulteerde in een cijfer van 0 tot 10 voor elk criterium. Maximaal waren dus 100 punten te scoren per gezin, per hulpverlener. Alle gezinnen uit het onderzoek werden afzonderlijk door ieder lid van het home-team beoordeeld. Na de inventarisatie werden de ge-

middelden per gezin berekend en werd het gezin geklasseerd naar bovengenoemde schaal. Bij de evaluatie van deze inventarisatie van de onderzoekgezinnen naar maatschappelijkheid bleek, wisselend naar hulpverlener, een aantal gezinnen niet te beoordelen. De voornaamste reden was telkens 'onbekendheid' met het desbetreffende gezin. Voor een groot gedeelte was dit, bij het proefonderzoek al onderkende probleem ondervangen door de afspraak dat iedere hulpverlener bij 'onbekendheid met het gezin' een vervanger binnen de eigen discipline zou aanwijzen. Desalniettemin bleek voor een groot aantal gezinnen slechts een beoordeling mogelijk door maximaal drie van de vier hulpverleners.

De waardering van de 538 gezinnen naar 'graad van maatschappelijkheid' is zodoende gebaseerd op een gemiddelde beoordeling door drie (402 gezinnen = 74,7%) of door vier (136 gezinnen = 25,3%) hulpverleners. Vooral voor de maatschappelijk werkster kon bij 'onbekendheid met het gezin' soms moeilijk een vervangende hulpverlener gevonden worden. Door inschakeling van leidsters van de gezinszorg en gezinsverzorging en de gemeentelijke maatschappelijk werkster kon in een aantal gevallen dit probleem worden opgelost.

1.9.3. 'Woningkwaliteit'

In het kader van dit onderzoek is met 'kwaliteit' van de woning een waardering van de 'woonwijze' van het gezin bedoeld. Bij deze waardering is naast type, ligging, ouderdom, staat van onderhoud, sanitaire voorzieningen, ook de grootte van de woning in aanmerking genomen. Met 'woonwijze' is hier niet bedoeld 'zelfstandig wonen' of 'inwonend'. Zeker is de situatie van al of niet zelfstandig wonen voor een gezin belangrijk, daarom is dit gegeven als een afzonderlijk 'objectief' gegeven in het onderzoek opgenomen.

De inventarisatie van de 538 woningen van de onderzoekgezinnen is geschied met medewerking van een deskundige van gemeentelijk bouwen woningtoezicht, voorzover technische criteria te hanteren waren. De inventarisatie van de 'woningkwaliteit' werd bovendien getoetst aan de mening van de plaatselijke maatschappelijke werksters, wijkverpleegsters en zielzorgers. In onderling overleg werden ten aanzien van de 'kwaliteit van de woning' tenslotte vier woningklassen onderscheiden:

- klasse I – woning voldoende groot voor het gezin en kwalitatief voldoende
- klasse II – woning kwalitatief voldoende, maar te klein
- klasse III – woning voldoende groot, maar kwalitatief onvoldoende
- klasse IV – woning zowel te klein als kwalitatief onvoldoende.

Behalve de in deze paragraaf beschreven drie gegevens: sociale laag, graad

van maatschappelijkheid en woningkwaliteit, zijn de (voor de inventarisatie van de praktijk en onderzoek-populatie gebruikte) data, 'harde' informatie. Voor zover noodzakelijk, wordt de wijze van hanteren van de gegevens bij de tabellen verder toegelicht.

2.1. HISTORIE EN GEOGRAFIE VAN HET PRAKTIJKGEBIED

De praktijk van onderzoek strekt zich uit over het grondgebied van de burgerlijke gemeenten Doesburg, Angerlo en Hummelo en Keppel. Een zeer klein aantal patiënten is woonachtig binnen de gemeente Rheden.

Doesburg herbergt ongeveer 75% van de praktijkbevolking. Vroeger was de 'stad' Doesburg een van de belangrijkste centra in de Graafschap Zutphen. Gerard III, Graaf van Gelder en Zutphen, verleende in 1231 verschillende privileges aan Doesburg, dat de stadsrechten te danken heeft aan diens opvolger Otto II (1237). Verscheidene eeuwen was Doesburg een bloeiende Hanze-stad, begunstigd door de strategischeliggingsaan de Gelderse IJssel en een van de oudste Hessewegen. Oude koopmanshuizen en resten van vestingwerken herinneren aan een rijke historie. Talrijke edelen hebben elkaar het bezit van Doesburg betwist en zelfs de roemruchte Noormannen lieten in 884 'Diusburch' niet ongemoeid. In de 15e eeuw was er een vermaarde Latijnse school welke, na een periode van sluiting, in de 17e eeuw weer tot grote bloei kwam en pas in 1883 werd opgeheven.

Van de vele stadsmuren, torens en poorten is heden ten dage vrijwel niets meer aanwezig sinds in het 'rampjaar' 1672 de Fransen na een vijfdaggs beleg de stad tot overgave dwongen. Burgemeester Adam Huygen moest het bestuur tot 1674 aan de bezetter laten. Bij het vertrek van de Fransen werd Doesburg voor meer dan de helft verwoest. Sindsdien is de stad langzamerhand in verval geraakt. De tweede Franse tijd onder Napoleon heeft dit proces nog versneld. Toch was Doesburg nog steeds een belangrijk streekcentrum en tot herstel van de economische positie werd bijgedragen door de vestiging van een garnizoen. De tweede wereldoorlog heeft tenslotte de stad zware wonden toegebracht, culminerend in de zinloze vernietiging van de prachtige Martinikerk op 15 april 1945. Thans is deze kerk met zijn majestueuze toren in volle luister hersteld.

De historische ontwikkeling in Doesburg is in vele opzichten bepalend voor de aard van de bevolking. Het plaatsje heeft een onmiskenbaar stedelijk karakter. De opbloei die zich de laatste jaren voordoet kenmerkt zich door een snel groeiende bevolking op een te klein grondgebied.

De omstandigheid dat talrijke liefdadige instellingen en fundaties eeuwenlang sociaal zwakken naar Doesburg trokken, alsook de vestiging van een garnizoen en in de loop der geschiedenis de inkwartiering van Fransen, Pruisen, Spanjaarden en Duitsers hebben hun sporen nagelaten. Het percentage anders-maatschappelijken is in Doesburg relatief hoog en Doesburg onderscheidt zich daarin van de omliggende plaatsen. Binnen de agglomeratie Arnhem ontwikkelt Doesburg zich thans meer en meer tot woonplaats voor forensen en tot een secundair streekcentrum. Het toerisme naar het oude Hanze-stadje is een toenemende bron van inkomsten. Gebiedsuitbreiding door annexatie van omliggend gebied van andere, dun bevolkte gemeenten zal leefruimte moeten scheppen voor de groeiende bevolking (zie bijlage bij dit hoofdstuk 'enige gegevens over Doesburg').

Angerlo als gemeente omvat de kerkdorpen Angerlo, Giesbeeken Lathum. De gemeente strekt zich uit langs de oostelijke oever van de Gelderse IJssel. Het kerkdorp Angerlo valt binnen het door de praktijk van onderzoek bestreken gebied. De bevolking is voornamelijk werkzaam in de primaire, de agrarische sector. Economisch is Angerlo op Doesburg aangewezen.

Hummelo-Keppel is een welbekend recreatiegebied met prachtige landschappen. Tot deze gemeente behoort het aan Doesburg grenzende kerkdorp Drempt. Ook hier overheerst het agrarisch karakter. Een deel van de bevolking is werkzaam in de kleinere industrieën en ambachtelijke bedrijven in de Liemers en Gelderse Achterhoek.

Een klein aantal patiënten, vrijwel allen werkzaam in de baksteenindustrie, woont aan de overzijde van de IJssel binnen de gemeente Rheden.

2.2. MEDISCHE, MAATSCHAPPELIJKE, GODSDIENSTIGE EN CULTU-RELE VOORZIENINGEN IN HET PRAKTIJKGEBIED

In de regio Doesburg zijn vier huisartsen gevestigd. Er bestaat tussen hen een goede collegiale samenwerking. Geen der artsen heeft een apotheekhoudende praktijk. Sinds mensenheugenis is er een streekapotheek te Doesburg gevestigd, waarop de inwoners van Doesburg en omgeving voor hun farmaceutische voorziening zijn aangewezen.

Tot 1965 beschikte Doesburg over een klein ziekenhuis, dat tevens als plaatselijke polikliniek en kraamkliniek goede diensten heeft bewezen. Na de sluiting van dit te kleine en daarom niet meer renderende 'gasthuis' is de bevolking van de regio Doesburg voor secundaire medische voorzieningen aangewezen op de ziekenhuizen van Doetinchem en in mindere mate op die van Velp en Arnhem. Een aantal patiënten uit Doesburg en omgeving maakt gebruik van de specialistische mogelijkheden van het Academisch Ziekenhuis te Nijmegen.

In Doesburg zijn twee tandartsen gevestigd, die enkele 'buitenspreken' in de omliggende plaatsen verzorgen.

De wijkverpleging geschiedt vanuit de goed samenwerkende verenigingen het Groene Kruis en het Wit-Gele Kruis. Zuigelingen- en kleuterzorg zijn gecentraliseerd. De huisartsen doen geen controle van zuigelingen of kleuters anders dan op het bureau van de kruisverenigingen. Vijf wijkverpleegsters zijn in de regio Doesburg werkzaam. In Doesburg en omgeving is geen verloskundige gevestigd, zodat alle bevallingen door de huisarts worden geleid.

Het maatschappelijk werk te Doesburg en omgeving is sinds de laatste oorlog voortdurend in omvang gegroeid. Vanuit verschillende confessionele instellingen wordt vooral het Algemeen Maatschappelijk Werk en de Gezinszorg gestimuleerd. Zeer waarschijnlijk zal als gevolg van functionele en geografische schaalvergroting nog in 1971 een 'Algemeen Instituut voor Maatschappelijke Dienstverlening' tot stand komen met een bezetting van vijf maatschappelijk werkers.

De samenwerking van de huisartsen met de maatschappelijk werkers is groeiende. Sinds een aantal jaren is er sprake van multidisciplinair overleg in een 'home-team', waaraan ook wijkverpleegsters en zielzorgers deelnemen.

Kerkelijk is Doesburg sterk verdeeld. Naast de vrij grote Rooms-Katholieke parochie, waaronder ook het kerkdorp Angerlo te rekenen is, en de Nederlands Hervormde Gemeente zijn er nog vele andere kerkgenootschappen, dikwijls regionaal van karakter.

Op cultureel gebied is Doesburg in zoverre een streekcentrum dat op lager middelbaar niveau verschillende diensten beschikbaar zijn: M.A.V.O.-scholen, Technische School, Huishoudschool en een Openbare Leeszaal. Zoals zo dikwijls het geval is op kleinere plaatsen, bestaat er te Doesburg een bloeiend verenigingsleven. Vooral het bejaardenwerk is sinds een reeks van jaren een nuttige vrije tijdsbesteding van vele vrijwillige hulpkrachten uit de bevolking.

Als streekcentrum heeft Doesburg een bloeiende middenstand. Er zijn geen grootwinkelbedrijven gevestigd.

De werksituatie van de mannelijke beroepsbevolking wordt bepaald door enkele kleinere industrieën, voornamelijk behorende tot de metaalsector en toeleveringsindustrie. In toenemende mate ontwikkelt vooral de stad Doesburg zich tot woonplaats voor forensen die hun werk in de agglomeratie Arnhem hebben.

2.3. ENIGE DEMOGRAFISCHE GEGEVENS BETREFFENDE DOESBURG EN OMGEVING

Op 17 augustus 1967, vlak voor de aanvang van de onderzoeksperiode, werd de burgerlijke stand van Doesburg gecontroleerd. De volgende cijfers zijn hieraan ontleend:

<i>Stad Doesburg</i>	aantal inwoners	9170
	aantal gezinnen	2252
	gemiddelde gezinsgrootte	4,07

Verdeling van de inwoners over de godsdiensten:		
Rooms-Katholiek	43	%
Protestant		
(Ned. Herv. Geref. Luthers,		
Doopsgezind, Remonstrants)	38,5	%
Nihil	11,5	%
Onbekend/anders	7	%
	<hr/>	
Totaal	100	%

Urbanisatiegraad van Doesburg: categorie C (C.B.S.). Het betreft hier dus een verstedelijkte samenleving. De laatste jaren is er een versterkte bevolkingsaanwas:

1948	6000 inwoners
1950	6200 inwoners
1956	6787 inwoners
1959	7203 inwoners
1963	8211 inwoners
1967	9170 inwoners (d.d. 17-8-67)

Enige demografische gegevens over de gemeente Angerlo en over de gemeente Hummelo en Keppel (13e Volkstelling, C.B.S.).

<i>Gemeente Angerlo</i>	aantal inwoners	3381
	gemiddelde gezinsgrootte	5,32

Verdeling van de inwoners over de godsdiensten:		
Rooms-Katholiek	65	%
Protestant		
(voornamelijk Ned. Herv.)	35	%
aantal inwoners van het		
kerkdorp Angerlo	533	

<i>Gemeente Hummelo en Keppel</i>		
aantal inwoners	3692	
gemiddelde gezinsgrootte	4,45	

Verdeling van de inwoners over de godsdiensten:		
Rooms-Katholiek	20,5	%
Protestant/anders		
(voornamelijk Ned. Herv.)	79,5	%
aantal inwoners van het		
Kerkdorp Drempt	421	

De hier weergegeven cijfers zijn afkomstig uit verschillende rapporten (Gemeente Doesburg, C.B.S.) en worden slechts vermeld, teneinde een summiere indruk van de demografie van de regio Doesburg te geven.

2.4. DE PRAKTIJK VAN ONDERZOEK

2.4.1. *Gemiddelde gezinsgrootte in de praktijk*

Het onderzoek vond plaats in een middelgrote huisartsenpraktijk in de kleine stad Doesburg en de directe omgeving. De praktijkbevolking werd geïnventariseerd naar de situatie op een peildatum halfweg de periode van onderzoek (1 maart 1968). Op deze datum telde de praktijk 3110 personen, 1528 vrouwen en 1582 mannen, verdeeld over 817 gezinnen. Als 'gezin' werd bij deze telling beschouwd elke 'huishouding', dat wil zeggen elke samenlevingscombinatie, op één adres wonende en als zodanig bij de burgerlijke stand ingeschreven. Op een klein aantal uitzonderingen na, betrof dit in de regel het samenlevingsverband van ouders en kinderen.

De gemiddelde gezinsgrootte van deze 'gezinnen' in de praktijk was ten tijde van het onderzoek 3,57, een lagere waarde dan het Centraal Bureau voor de Statistiek opgeeft met betrekking tot de gemiddelde gezinsgrootte voor de onderscheiden gemeenten in het praktijkgebied (zie tabel 1).

TABEL 1. GEMIDDELDE GEZINSGROOTTE VAN DE GEMEENTEN IN HET PRAKTIJK-
GEBIED EN VAN DE PRAKTIJK

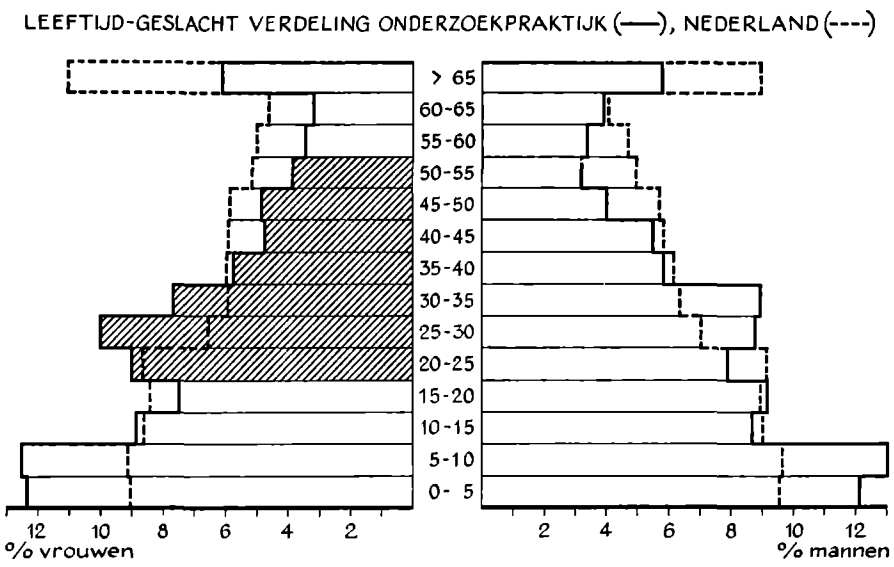
Doesburg	4,07	} dd. 1960 (C.B.S.)
Angerlo	5,32	
Hummelo/Keppel	4,45	
Praktijk	3,57	dd. 1968 (Praktijkinventarisatie)

De verklaring voor het verschil ten aanzien van de gemiddelde gezinsgrootte tussen de onderzoekpraktijk enerzijds en de burgerlijke gemeenten in de regio anderzijds, moet gezocht worden in de omstandigheid, dat de praktijk van onderzoek een relatief groot aantal zeer jonge gezinnen met één kind telt.

2.4.2. *Geslacht-leeftijdverdeling van de praktijkbevolking*

De praktijk is ontstaan uit een afgescheiden gedeelte van een geassocieerde grote en uitgestrekte huisartsenpraktijk. De dissociatie kwam tot stand in een periode, dat de bevolking van Doesburg een vestigingsoverschot noteerde van vooral jonge gezinnen. Een en ander was bepalend voor de relatieve jeugdigheid van de praktijkbevolking, zoals blijkt uit de grafische voorstelling van de opbouw van de praktijkpopulatie (zie figuur 1).

Figuur 1. Leeftijd-geslacht verdeling van de praktijk van onderzoek, vergeleken met de leeftijd-geslacht verdeling van de Nederlandse bevolking (C.B.S. 1968)



2.4.3. Godsdienstige verhoudingen binnen de praktijkbevolking

De oorspronkelijke praktijkvestiging had een typisch Rooms-Katholieke signatuur. Alhoewel de keuze van de huisarts door de individuele patiënt in steeds mindere mate wordt bepaald door godsdienstige motieven, is deze praktijkbevolking toch overwegend Rooms-Katholiek. Dit geldt voor de 'buitenpraktijk' weliswaar meer dan voor de ingeschreven gezinnen, welke binnen de verstedelijkte gemeente Doesburg gevestigd zijn (zie tabel 2).

TABEL 2. GODSDIENSTIGE VERHOUDINGEN BINNEN DE PRAKTIJKBEVOLKING NAAR GODSDIENST VAN DE OUDERS PER GEZIN ABSOLUUT EN PROCENTUEEL

Godsdienst ouders	Doesburg		Omgeving		Gehele praktijk	
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.
Beiden R.K.	425	67,5	172	91,5	597	73
Beiden N.H.	63	10	7	4	70	8,5
Beiden Gereformeerd	12	2	0	0	12	1,5
Beiden 'overige godsd.'	22	3,5	2	1	24	3
Beiden nihil	42	6,5	4	2	46	5,7
Gemengd R.K.	55	9	2	1	57	7
Gemengd 'overigen'	10	1,5	1	0,5	11	1,3
Totaal aantal gezinnen	629	100	188	100	817	100
Gezinnen procentueel		77	+	23	=	100

Tabel 2 geeft de verdeling van de praktijkgezinnen naar plaats van vestiging en naar de levensbeschouwing van de ouders. Voor de gezinnen, waarbij één der ouders of beide ouders ontbreken, incomplete gezinnen, is uitgegaan van de vroegere situatie in die gezinnen. De 'buitenpraktijk' bestaat nagenoeg geheel uit Rooms-Katholieke gezinnen, hetgeen niet verwonderlijk is, omdat de bevolking van de kerkdorpen Angerlo en Drempt (zie beschrijving van het praktijkgebied) overwegend Rooms-Katholiek is.

Van de 817 ingeschreven gezinnen blijken er 629, dit is 77% gevestigd te zijn in de stad Doesburg. De praktijk is daardoor overwegend kleinstedelijk van karakter.

2.4.4. *Verdeling van de praktijkbevolking naar financiële relatie tot de huisarts*

Doesburg heeft een naar sociale laag onevenwichtige opbouw van de bevolking. De lagere sociale lagen zijn relatief oververtegenwoordigd in vergelijking met de situatie in de omliggende gemeenten. Men zou derhalve kunnen verwachten, dat het aantal bij een ziekenfonds aangesloten patiënten in deze praktijk procentueel wat hoger zal zijn dan het landelijk percentage. Vergeleken met cijfers uit andere publicaties wijkt deze verdeling van de patiënten naar financiële relatie tot de huisarts echter weinig af van de gegevens die voor geheel Nederland worden opgegeven, wanneer bij het I.Z.A. of politieziekenfonds verzekerden tot de particuliere patiënten worden gerekend.

TABEL 3. VERDELING VAN DE PATIËNTEN NAAR FINANCIËLE RELATIE TOT DE HUISARTS

Financiële relatie	Praktijkbevolking		Bevolking van Nederl.	
	abs.	proc.	abs.	proc.
Ziekenfonds	2446	78,6	—	79,8
IZA/Politie etc.	588	19	—	3
Particulier	76	2,4	—	17,2
Totaal aantal patiënten	3110	100	—	100

2.4.5. *Verdeling van de praktijkbevolking naar de sociale positie van het gezinshoofd*

De bevolking van de onderzoekpraktijk weerspiegelt het beeld, dat ten aanzien van de Doesburgse bevolking al werd geschetst: een oververtegenwoordiging van de lagere sociale lagen. Een verdeling van de gezinnen naar de plaats op de sociale ladder ingenomen door het gezinshoofd is weergegeven in tabel 4.

TABEL 4. VERDELING VAN PRAKTIJKBEVOLKING NAAR SOCIALE POSITIE GEZINSHOOFD

Sociale laag (G.T.E.)	Abs.	Proc.
Lager, ongeschoold, ongeoefend	205	25
Lager geoefend	80	9,8
Lager geschoold	183	22,5
Middelbaar, niet zelfstandig	131	16
Middelbaar, zelfstandig	89	10,9
Hoger, groot zelfstandig	22	2,7
Hoger, niet academisch	19	2,4
Hoger, academisch	12	1,5
Lager, niet zelfstandig, agrarisch	17	2
Middelbaar, zelfstandig, agrarisch	33	4
Hoger, grootzelfstandig, agrarisch	21	2,6
Onbekend	5	0,6
Aantal gezinshoofden	817	100

Het hanteren van een eigen, zij het meer aangepaste stratificatie, heeft als bezwaar dat relatering aan andere indelingen problematisch is. Toch is een globale bevestiging van het gestelde ten aanzien van de oververtegenwoordiging van de lagere sociale lagen in de onderzoekpraktijk, te vinden in een vergelijking van de eigen indeling van de praktijkbevolking met de C.B.S.-registratie voor Nederland in tabel 5.

TABEL 5. PROCENTUELE VERDELING VAN DE NEDERLANDSE BEROEPSBEVOLKING NAAR EEN REPRESENTATIEVE STEEKPROEF (TULDER, VAN, 1962)

Sociale laag	Nederland	Kleine Gemeenten	Gelderland
Ongeoefende arbeiders	8	10	6
Geoefende arbeiders	27	27	26
Geschoolde arbeiders	34	32	35
Kleine middenstand			
Kleine boeren	20	20	21
Middelgrote middenstand			
Middelgrote boeren	8	8	10
Hoge employé's			
Grote boeren	3	3	2
Vrije beroepen			
Academici			
Totaal	100%	100%	100%

2.4.6. *Verdeling van de vrouwelijke praktijkbevolking naar leeftijd en burgerlijke staat*

Het onderzoek dat hier verder zal worden beschreven, heeft als object van studie 'de huisvrouw'. In dit verband is het een gunstige bijkomstigheid dat de onderzoekpraktijk voor het overgrote deel bestaat uit complete gezinnen, voor het merendeel bovendien onvoltooide gezinnen. De kleine aantallen bejaarden en alleenstaanden en het geringe percentage incomplete

gezinnen deden al van tevoren verwachten, dat een voldoende grote onderzoekpopulatie beschikbaar zou zijn. De bestudering van de morbiditeit van de huisvrouw maakt het evenwel gewenst over contrôlegroepen te kunnen beschikken. Te denken is hier allereerst aan ongehuwde vrouwen. Men zal het onderscheid 'gehuwd' of 'niet gehuwd' in zijn beschouwingen willen betrekken, wanneer men de resultaten wil interpreteren.

Wanneer de vrouwelijke patiënten van de gehele praktijk worden verdeeld naar leeftijd en burgerlijke staat, dan blijkt dat weliswaar voldoende huisvrouwen in het onderzoek kunnen worden betrokken, maar dat zich ten aanzien van het construeren van een vergelijkbare groep ongehuwde vrouwen grote problemen voordoen. In tabel 6a en 6b wordt de verdeling van de vrouwelijke patiënten van de onderzoekpraktijk over de verschillende leeftijdsklassen weergegeven. In tabel 6a procentueel over het totaal van gehuwde respectievelijk ongehuwde vrouwen. In tabel 6b procentueel per leeftijdsklasse en naar burgerlijke staat.

TABEL 6a. VERDELING VAN DE VROUWELIJKE PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD EN BURGERLIJKE STAAT

Leeftijdsklasse	Gehuwd		Ongehuwd	
	abs.	proc. v.h. tot.	abs.	proc. v.h. tot.
0-15	1	0,1	516	64,3
15-20	4	0,5	111	13,8
20-25	63	8,7	76	9,5
25-30	139	19	15	1,9
30-40	191	26,2	15	1,9
40 en ouder	330	45,5	67	8,6
1528 vrouwen	728	= 100%	800	= 100%

TABEL 6b. VERDELING VAN DE VROUWELIJKE PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD EN BURGERLIJKE STAAT

Leeftijdsklasse	Gehuwd		Ongehuwd	
	abs.	proc. v.d. leeftijdskl.	abs	proc. v.d. leeftijdskl.
0-15	1	0,1	516	99,9
15-20	4	3,3	111	96,7
20-25	63	45,4	76	54,6
25-30	139	90,2	15	9,8
30-40	191	93,7	15	6,3
40 en ouder	330	83,1	67	16,9
1528 vrouwen	728	= 52,3%	800	= 47,7%

Boven de 25 jaar is het aantal ongehuwde vrouwen in de praktijk gering en

dat geldt voor elke 5-jaarscategorie boven deze leeftijd. De omstandigheid dat een tweetal kloosters voor vrouwelijke religieuzen onder de zorg van de praktijk vallen, heeft tot gevolg dat niettemin 67 ongehuwde vrouwen boven de 40 jaar in de praktijk als patiënt zijn ingeschreven.

Het probleem van de kleine aantallen ongehuwde vrouwen in de hogere leeftijdscategorieën zou veroorzaakt kunnen zijn door een specifieke bevolkingsopbouw van de onderzoekpraktijk. Dit is echter onwaarschijnlijk en mogelijk veeleer een maatschappelijk gegeven, dat men in elke willekeurige praktijk kan ontmoeten. De gegevens uit een andere, grote huisartsenpraktijk die enkele gehele dorpen omvat, lijken deze laatste veronderstelling te bevestigen (zie tabel 6c).

TABEL 6C. VERDELING VAN DE VROUWELIJKE PATIËNTEN NAAR LEEFTIJD EN BURGERLIJKE STAAT (PRAKTIJK X)

Leeftijdsklasse	Gehuwd		Ongehuwd	
	abs.	proc. v.d. leeftijdskl.	abs.	proc. v.d. leeftijdskl.
0-15	—	—	—	—
15-20	5	2	245	98
20-25	27	13,6	171	86,4
25-30	101	72,6	38	27,4
30-40	253	87,7	25	12,3
40-50	244	88,4	32	11,6
50 en ouder	—	—	—	—

De cijfers in tabel 6c hebben betrekking op een praktijk van ongeveer 5.500 zielen. Wanneer de aantallen ongehuwde vrouwen in tabel 6b en tabel 6c met elkaar worden vergeleken, dan blijkt er een zekere mate van overeenkomst in de verdeling van de ongehuwde vrouwen over de onderscheiden leeftijdscategorieën.

Samenvattend kan de praktijk van onderzoek beschreven worden als een middelgrote huisartsenpraktijk met een kleinstedelijk karakter. De praktijkbevolking is overwegend Rooms-Katholiek en de lagere sociale lagen zijn relatief oververtegenwoordigd. Procentueel is de verhouding ziekenfondspatiënten-particuliere patiënten te vergelijken met de landelijke situatie. De praktijkbevolking telt een relatief groot aantal jonge gezinnen, tengevolge waarvan de gemiddelde 'gezinsgrootte' in de praktijk kleiner is dan in het praktijkgebied. Het aantal ongehuwde vrouwen onder de patiënten verschilt nauwelijks van dit aantal in een willekeurige andere huisartsenpraktijk.

2.5. DE ONDERZOEKPOPULATIE

Zoals in het eerste hoofdstuk onder paragraaf 5 werd vermeld, is na een

voorlopige inventarisatie van de praktijkbevolking, bij de opzet van het onderzoek, besloten het onderzoek te beperken tot 'huisvrouwen' in de leeftijdsklasse van 20 tot en met 54 jaar. Alleen die vrouwen, welke voor de aanvang van het onderzoek minstens een jaar als patiënt waren ingeschreven, zijn in het onderzoek opgenomen. De onderzoekpopulatie bevindt zich dus, grafisch voorgesteld, binnen het gearceerde gedeelte van de bevolkingspyramide van figuur 1.

2.5.1. *Gemiddelde gezinsgrootte van de onderzoekgezinnen*

Op basis van de gestelde criteria werden 538 huisvrouwen en hun gezinnen in het onderzoek betrokken.

De 'gemiddelde gezinsgrootte' is bij de inventarisatie van de onderzoekpopulatie een ander begrip dan gehanteerd wordt bij de praktijkinventarisatie. Zoals geldt met betrekking tot de gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek is bij de praktijkinventarisatie de 'gemiddelde gezinsgrootte' eigenlijk de 'gemiddelde huishoudingsgrootte'. Deze gegevens zijn namelijk verkregen door het aantal personen per populatie te delen door het aantal huishoudingen in die populatie. Voor het onderzoek in de huisartsenpraktijk zijn deze gegevens niet 'zuiver' genoeg. Het moet duidelijk zijn of het bij 'gezinsgrootte' om ouders en hun kinderen gaat of dat ook andere inwonende personen worden medegeteld. Alle gegevens betreffende de inventarisatie van de onderzoekpopulatie hebben in het bestek van ons onderzoek betrekking op ouders en kinderen, dus op het nucleaire, twee-generatie-gezin.

Voor de 538 gezinnen van de onderzoekpopulatie is de gemiddelde gezinsgrootte 3,69 (tabel 7). Deze waarde is een weinig hoger dan gevonden werd voor de gehele praktijk (3,57 zie tabel 1). Enerzijds is dit wel te verwachten, daar de onderzoekpopulatie vrijwel alle gezinnen in de productieve gezinsfase omvat, anderzijds is vergelijking nauwelijks mogelijk ten gevolge van het verschil in interpretatie van het begrip 'gemiddelde gezinsgrootte'.

TABEL 7. SAMENSTELLING VAN DE 538 ONDERZOEKGEZINNEN

	Absoluut	Procentueel
Huisvrouwen	538	27
Mannen	538	27
Kinderen	911	46
Totaal aantal personen	1987	100
Gemiddelde gezinsgrootte	3,69	

2.5.2. *Kindertal bij de onderzoekgezinnen*

Zoals in vele publicaties wordt vermeld, blijft ongeveer 10% van de

huwelijken kinderloos. Bij de gezinnen van de onderzoekpopulatie is 10,6% kinderloos. Door de overige gezinnen te verdelen naar een aantal van respectievelijk 1, 2, 3 en 4 of méér kinderen kon een indeling in ongeveer even grote categorieën worden verkregen (tabel 8).

TABEL 8. VERDELING VAN DE 538 ONDERZOEKGEZINNEN NAAR KINDERTAL

Kindertal	Aantal gezinnen	
	absoluut	procentueel
0 kinderen	57	10,6
1 kind	121	22,3
2 kinderen	147	27,1
3 kinderen	95	18
4 en meer kinderen	118	22
Totaal	538	100

2.5.3. *Godsdienstige verhoudingen binnen de onderzoekpopulatie*

De verdeling van de 538 onderzoekgezinnen naar plaats van vestiging en naar levensbeschouwing wijkt nauwelijks af van deze verdeling voor de gehele praktijkbevolking (tabel 2).

TABEL 9. ONDERZOEKGEZINNEN NAAR DE GODSDIENST DER BEIDE OUDERS

Godsdienst ouders	Doesburg		Omgeving		Totale praktijk	
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.
Beiden R.K.	291	67,5	99	92,6	390	72,5
Beiden N.H.	47	11	3	2,8	50	9,3
Beiden Geref.	7	1,6	0	0	7	1,3
Beiden 'Overig'	10	2,3	1	0,9	11	2
Beiden nihil	25	5,8	3	2,8	28	5,2
Gemengd/R.K.	44	10,2	1	0,9	45	8,4
Gemengd/anders	7	1,6	0	0	7	1,3
Totaal aantal echtparen	431	100	107	100	538	100

2.5.4. *Verdeling van de onderzoekpopulatie naar financiële relatie tot de huisarts*

Ook bij de onderzoekpopulatie is de grote meerderheid van de gezinnen tegen het risico van de medische hulpverlening verzekerd bij een ziekenfonds. Alhoewel voor tabel 10 is uitgegaan van de financiële relatie van het gezinshoofd tot de arts, is het uit de cijfers wel duidelijk, dat hier weinig verschil bestaat met de gegevens voor de gehele praktijk (tabel 3).

Het hoge percentage ziekenfondsverzekerden in de praktijk en vooral in de onderzoekpopulatie, doet verwachten dat niet alleen in de praktijk als

TABEL IO. ONDERZOEKGEZINNEN (GEZINSHOOFD) NAAR FINANCIËLE RELATIE TOT HUISARTS

	Absoluut	Procentueel
Ziekenfonds	435	80,9
IZA/Politiefonds etc.	16	3
Particulier	87	16,1
		19,1
Totaal	538	100

(tabel 4) geheel, doch ook in de onderzoekpopulatie de lagere sociale lagen zijn oververtegenwoordigd.

2.5.5. *Verdeling van de onderzoekpopulatie naar de sociale positie van het gezinshoofd*

TABEL II. VERDELING VAN DE 538 ONDERZOEKGEZINNEN NAAR SOCIALE LAAG, UITGAANDE VAN DE SOCIALE POSITIE VAN HET GEZINSHOOFD

Sociale laag G.T.E.	Absoluut	Procentueel
Lager ongeschoold, ongeoeffend	141	26,2
Lager geoeffend	60	11,2
Lager geschoold	153	28,4
Middelbaar, niet zelfstandig	95	17,7
Middelbaar, zelfstandig	47	8,7
Hoger, grootzelfstandig	7	1,3
Hoger, niet academisch	10	1,8
Hoger, academisch	2	0,4
Lager, niet zelfstandig agrarisch	7	1,3
Middelbaar, zelfstandig agrarisch	10	1,9
Hoger, grootzelfstandig agrarisch	6	1,1
Tezamen	538	100

Uit tabel II blijkt, dat meer dan 50% van de onderzoekgezinnen tot de laagste sociale lagen behoren. Men kan dus spreken van een overwegend 'lower class sample'.

2.5.6. *Verdeling van de onderzoekgezinnen naar huwelijksduur*

Vele publikaties wijzen op de fase-specifieke effecten van de huwelijksduur op ziekte en gezondheid van het gezin. Er bestaan ten deze duidelijke verschillen tussen moeders en vaders (Renne, 1970).

De verdeling van de huwelijkshistorie in gezinsfasen komt bij vele onderzoekers tot stand op basis van de huwelijksleeftijd en/of de leeftijd van de vrouw en/of de leeftijd van het oudste kind.

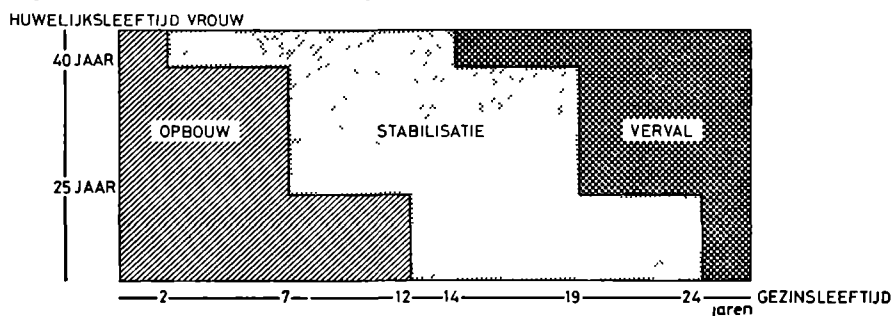
Zoals reeds is opgemerkt met betrekking tot de interpretatie van het begrip 'gezin' bestaat ook ten aanzien van de indeling van de gezinsleeftijd in fasen geen communis opinio. Door verschillende sociologen geschiedt

deze indeling nogal op veranderlijke wijze, alnaargelang het cultuuropatroon van waaruit zij het gezin bezien (de Vries, 1970) en afhankelijk van de aspecten van het sociale rollencomplex, dat zij willen bestuderen. Het op verschillende wijze hanteren van uiteenlopende criteria bij het bepalen van de gezinsfase veroorzaakt onduidelijkheid in de literatuur. De 'gezinsfase' is daardoor als sociaal-situatieve factor een moeilijk te hanteleren gegeven.

Zoals in de inleiding is beschreven, zullen in deze studie onder andere enkele objectieve sociaal-situatieve factoren aan de gepresenteerde morbiditeit worden gerelateerd. Het lijkt niet verstandig de objectiviteit van factoren als de huwelijksleeftijd en het kindertal, op zich 'harde' gegevens, te transponeren naar minder 'harde' informatie als het gegeven van de gezinsfase'.

Ten aanzien van het kindertal is het vraagstuk van indeling van de gezinnen niet zo problematisch, waar men zich kan richten naar een vast gegeven als de gemiddelde gezinsgrootte. Met betrekking tot de indeling van de huwelijksleeftijd in een aantal categorieën doet zich echter dezelfde moeilijkheid voor als bij de indeling in gezinsfasen. Men relativeert immers de objectiviteit van de factor huwelijksleeftijd door het aanbrengen van caesuren in de opklimmende schaal van mogelijke huwelijksjaren. Toch zal men de gezinnen moeten klasseren naar een beperkt aantal categorieën van huwelijksleeftijd. Als leidraad bij deze classificatie kan ons inziens de door Eysink (1959) gebruikte indeling (van de historie van het gezin) in een aantal ontwikkelingsfasen worden gebruikt, omdat de echtparen in de onderzoekpopulatie alle op jonge of betrekkelijk jonge leeftijd zijn gehuwd. Bij elke relatering van begrippen als opbouwfase-stabilisatiefase-vervalfase, aan de huwelijksduur, dient men zich immers te realiseren dat de huwelijksleeftijd van de vrouw bepalend is voor de 'actie-radius' van het gezin in iedere fase. Zeer verduidelijkend in deze is de schematische voorstelling van de ontwikkelingsfasen van het gezin volgens de Vries (1970).

Figuur 2 Schematische voorstelling van de gezinsleeftijd in fasen volgens de Vries



In recente sociologische literatuur worden weliswaar verschillende criteria gehanteerd ter bepaling van de levenscycli van het gezin, doch er is een aantal regelmatig terugkerende rubriceringen. In hoofdzaak zijn deze gebaseerd op de huwelijksduur en de leeftijd van het oudste kind (Rollins, Feldman 1970).

Een veelvuldig gebruikt schema is het volgende:

- I Het beginnend gezin (echtpaar 0-5 jaar getrouwd, nog geen kinderen)
- II Het opgroeiend gezin (oudste kind 0-3 jaar oud)
- III Het gezin met kleuters (oudste kind 3-6 jaar oud)
- IV Het gezin met schoolkinderen (oudste kind 6-13 jaar oud)
- V Het gezin met teenagers (oudste kind 13-21 jaar oud)
- VI Het gezin als 'lanceerbasis' (geleidelijk uitvliegen van de kinderen)
- VII Het gezin in de middelbare jaren ('lege nest' tot pensioenleeftijd) (POST-PARENTAL LIFE)
- VIII Het bejaarde gezin (pensioenleeftijd tot de dood van een der echtelieden).

De meer generaliserende en eveneens zeer gebruikelijke indeling in expansiefase-stabilisatiefase-contractiefase, is gefundeerd op veranderingen die zich in de loop van de gezinsgeschiedenis voordoen met de betrekking tot de sociale rol van de ouders. Deze veranderingen worden ingeluid door de geboorte van het eerste kind, het uitvliegen van het eerste kind en het vertrek van het laatste kind. Deze laatste indeling is een geschikte leiddraad bij het leggen van caesuren op een schaal van huwelijksjaren.

Zoals reeds werd opgemerkt, zal in ons onderzoek de huwelijksleeftijd als milieufactor betrokken worden op de geregistreerde morbiditeit van de huisvrouwen. Op grond van bovenstaande overwegingen zijn daartoe een viertal categorieën van huwelijksjaren te onderscheiden:

Categorie I	kort gehuwd	0-8 jaar gehuwd
Categorie II	middelmatig lang gehuwd	8-16 jaar gehuwd
Categorie III	lang gehuwd	16-25 jaar gehuwd
Categorie IV	oudere huwelijken	25 en meer jaren gehuwd

De genoemde sociologische indelingen van de gezinshistorie zijn als volgt binnen deze eigens klassering te plaatsen:

Categorie I
(Huwelijksduur 0-8 jaar) omvat globaal de fasen I, II en III

Categorie II
(Huwelijksduur 8-16 jaar) omvat de fasen IV en V

Categorie III
(Huwelijksduur 16-25 jaar) omvat de fasen V en VI

Categorie IV
(Huwelijksduur langer dan 25 jaar) omvat de fasen VII en VIII

In een schema met betrekking tot de andere genoemde sociologische indeling:

Categorie I

EXPANSIEFASE

Categorie II

STABILISATIEFASE

Categorie III

CONTRACTIEFASE

Categorie IV

Ongeveer de helft van de gezinnen in de onderzoekpopulatie behoort tot de categorieën van de kortgehuwde gezinnen. De relatieve jeugdigheid van de praktijk komt ook in tabel 12 weer tot uiting.

TABEL 12. VERDELING VAN DE 538 ONDERZOEKGEZINNEN NAAR HUWELIJKSDUUR (UITGEGAAN VAN HET BURGERLIJK HUWELIJK)

Huwelijksduur	Aantal gezinnen	
	absoluut	procentueel
0- 8 jaar	266	49,4
8-16 jaar	138	25,7
16-25 jaar	97	18
25 jaar en meer jaren	37	6,9
Totaal aantal gezinnen	538	100

2.5.7. Verdeling van de onderzoekgezinnen naar graad van maatschappelijkheid

In hoofdstuk 1. (paragraaf 1.9.2.) is beschreven op welke wijze de gezinnen ten behoeve van het onderzoek werden geklasseerd naar 'graad van maatschappelijkheid'. Het resultaat van deze inventarisatie wordt weergegeven in tabel 13.

TABEL 13. VERDELING VAN DE ONDERZOEKGEZINNEN NAAR MAATSCHAPPELIJKHEID

Graad van maatschappelijkheid	Absoluut	Procentueel
Onmaatschappelijk	3	0,6
Zwak-maatschappelijk	30	5,6
Maatschappelijk	505	93,8
Totaal aantal gezinnen	538	100

2.5.8. *Woningkwaliteit*

Op basis van de evaluatie (zie ook hoofdstuk 1, paragraaf 1.9.3.) van het woningbestand binnen de onderzoekpopulatie werd een indeling verkregen als in tabel 14.

TABEL 14. WONINGKWALITEIT BIJ DE 538 ONDERZOEKGEZINNEN

		Absoluut	Procentueel
Woning voldoende groot en in orde	(Klasse I)	511	95
Woning in orde maar te klein	(Klasse II)	10	1,9
Woning voldoende groot maar slecht	(Klasse III)	11	2
Woning slecht en te klein	(Klasse IV)	6	1,1
Totaal aantal gezinnen		538	100

Blijkens tabel 14 is gelukkig slechts een gering percentage gezinnen onvoldoende gehuisvest. Dat er naar verhouding weinig gezinnen te klein wonen, lijkt een bijzonder gunstige zaak voor de gemeenten in het praktijkgebied. Men diene echter te bedenken, dat het hier slechts de gezinnen uit het onderzoek betreft. Zoals reeds werd aangetoond, zijn dit voor het merendeel jonge gezinnen, die voor een groot deel gehuisvest zijn in het nieuwere uitbreidingsplan van de Gemeente Doesburg of woonachtig zijn in de omgeving met een plattelandskarakter. Juist in de omgeving van Doesburg wonen vele jonge gezinnen in zogenaamde 'vrije-tijdsbouw'-woningen, welke in de regel kwalitatief zeer goed en voldoende groot zijn.

2.5.9. *Maatschappelijkheid en woningkwaliteit*

Bij de beoordeling van de gezinnen naar 'graad van maatschappelijkheid' is met opzet voorbijgezien aan de 'woningkwaliteit'. Toch zal op directe en indirecte wijze het functioneren van het gezin belemmerd worden, als de wijze van huisvesting niet optimaal is. Het lijkt dus van belang na te gaan hoe de in dit onderzoek als zwak- en onmaatschappelijk (voortaan te noemen 'anders-maatschappelijk') geclassificeerde gezinnen over deze vier categorieën woningen verdeeld zijn. Het aantal 'andersmaatschappelijke gezinnen' en het aantal minder goed gehuisveste gezinnen vertegenwoordigen in de onderzoekpopulatie een procentueel kleine categorie. Toch vertoont de 'kwaliteit' van wonen een groot procentueel verschil

tussen de 'maatschappelijke gezinnen' en de 'anders-maatschappelijke gezinnen'. Van de 33 andersmaatschappelijke gezinnen woont ongeveer 39% in een minder goede of slechte woning. Bij de als maatschappelijk geklassificeerde gezinnen is bijna 3% onvoldoende gehuisvest (tabel 15).

TABEL 15. VERDELING VAN DE ONDERZOEKGEZINNEN OVER 'WONINGKWALITEIT'

	Maatschappelijk		Anders-maatschappelijk	
	abs.	proc.	abs.	proc.
Klasse I	491	97,2	20	60,6
Klasse II	7	1,4	3	9
Klasse III	6	1,2	5	15,2
Klasse IV	1	0,2	5	15,2
Totaal aantal gezinnen	505	100	33	100

Het feit, dat de anders-maatschappelijke gezinnen kennelijke minder goed gehuisvest zijn, verdient alle aandacht van instanties op het terrein van de maatschappelijke hulpverlening.

2.5.10. *Lidmaatschap van de kruisvereniging*

Een van de hulpverleners in de 'eerste lijn' is de wijkverpleegster. Tot voor enkele jaren vormde de mogelijkheid van consultatie van de wijkverpleegster, met name in de omgeving van Doesburg, een alternatief voor hulpverlening door de huisarts. Veranderingen in de wijze van praktijkvoering van de huisarts en in de taakopvatting van de verschillende hulpverleners hebben ertoe bijgedragen, dat de wijkverpleegster minder vaak direct en buiten de arts om geraadpleegd wordt. Dit doet de vraag rijzen of de gezinnen, die bij een kruisvereniging zijn aangesloten, nu de dokter vaker en de wijkverpleegster minder vaak te hulp roepen. Om deze reden is ter gelegenheid van dit onderzoek bijgehouden welke van de 538 onderzoekgezinnen wel en welke niet als lid van een kruisvereniging waren ingeschreven.

TABEL 16. VERDELING VAN DE ONDERZOEKGEZINNEN NAAR LIDMAATSCHAP KRUISVERENIGING

	Absoluut	Procentueel
Wel lid van de kruisvereniging	505	93,8
Niet lid van de kruisvereniging	33	6,2
Totaal aantal gezinnen	538	100

Van de onderzoekpopulatie is bijna 94% van de gezinnen lid van de kruisvereniging. Belangrijk lijkt in dit verband de omstandigheid, dat géén

der huisartsen de zuigelingenverzorging anders dan gecentraliseerd in het wijkgebouw verricht en dat plaatselijk een goede samenwerking bestaat tussen huisartsen en wijkverpleegsters.

2.5.11. *Al of niet zelfstandig wonen*

Een gering percentage van de 538 onderzoekgezinnen is inwonend of verleent inwoning. Het merendeel daarvan is woonachtig in de omgeving van Doesburg.

Met een absoluut aantal van 489, 91% van het totaal van de 538 onderzoekgezinnen, is de categorie van zelfstandig gehuisveste gezinnen het grootst.

3 DE TOP VAN DE IJSBERG - KWANTITATIEVE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK NAAR DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT

3.1. ENKELE BEGRIPPEN

De gepresenteerde morbiditeit omvat die klachten en gezondheidsstoornissen, welke de arts ter kennis zijn gekomen. Door middel van continue registratie van de aangeboden klachten en aandoeningen kan de top van de ijsberg van de totale morbiditeit in beeld worden gebracht.

Bij de interpretatie van de resultaten van een dergelijke registratie dienen in hoofdzaak twee begrippen nader gepreciseerd te worden: het begrip 'verrichting' en het begrip 'aandoening'.

De term 'verrichting' wordt niet door iedere onderzoeker gereserveerd voor het contact tussen de arts en zijn patiënt. Soms wordt de bemoeienis van de arts buiten de aanwezigheid van de patiënt (bijvoorbeeld laboratoriumwerk) als een verrichting genoteerd (van Deen, 1952), terwijl anderzijds in sommige onderzoeken een telefonisch arts-patiëntcontact, veelal een consult, niet als een verrichting wordt beschouwd (Logan, 1958). Deze onduidelijkheid werkt door in een afgeleid morbiditeitsgegeven als het 'verrichtingscijfer', dat overigens soms in percentages of promillages van een aantal patiënten wordt opgegeven, doch ook wel omschreven wordt als het gemiddeld aantal verrichtingen per patiënt. De Angelsaksische term 'consultation rate' verdient wellicht de voorkeur boven het begrip 'verrichtingscijfer', omdat daarmee de spraakverwarring rond de definitie van een 'verrichting' kan worden voorkomen. De 'consultation rate' kan worden omschreven als 'het aantal consulten per duizend patiënten per jaar'. De éénduidigheid van dit morbiditeitsgegeven zou gediend zijn met de toevoeging, dat er slechts sprake is van een consult in het geval van een persoonlijk of telefonisch contact tussen de arts en zijn patiënt. De 'consultation rate' is een maat voor de contactfrequentie. Het heeft zijn specifieke waarde voor de analyse van de 'workload' van de arts en is in zekere zin ook te beschouwen als een maat voor de belasting, welke de patiënt als gevolg van een gezondheidsstoornis ondervindt.

Met betrekking tot de betrouwbaarheid van dit morbiditeitsgegeven wordt wel het bezwaar aangevoerd, dat het zo afhankelijk is van de atti-

tude van de individuele arts, die naar zijn believen meer of minder contacten aan de behandeling van een of andere gezondheidsstoornis kan besteden. Afgezien van de waarschijnlijkheid, dat deze attitude van de arts en de gewoonten van zijn patiënten (met betrekking tot het al of niet inroepen van zijn hulp) reciprook gerelateerd zijn, geldt deze objectie eigenlijk evenzeer een ander morbiditeitsgegeven, dat als een van de persoonlijkheid van de arts ónafhankelijk gegeven beschouwd wordt. Bedoeld is hier de 'patients consulting rate' (Logan, 1958). Dit cijfer heeft betrekking op één aandoening of klacht hetzij op één categorie aandoeningen of klachten. Het kan worden gedefiniëerd als het aantal patiënten per duizend patiënten at risk, dat voor een bepaalde aandoening of klacht (respectievelijk categorie aandoeningen of klachten) de arts tenminste éénmaal per jaar consulteert. De 'patients consulting rate' zal overeenkomen met het aantal door de arts gestelde diagnoses per jaar, indien het om niet-frequent vóórkomende en nauwkeurig gedefinieerde ziektebeelden gaat. Voor categorieën van verschillende aandoeningen, die zich in principe bij een en dezelfde patiënt binnen een jaar kunnen voordoen, wordt deze 'patients consulting rate' een ander, een lager getal dan het aantal gestelde diagnoses (Folmer, 1968). Wanneer dit laatste het geval is, kan men de 'patients consulting rate' niet meer gelijk stellen aan de 'prevalentie' (het aantal aandoeningen per tijdseenheid) van de desbetreffende aandoening of klacht (categorie aandoeningen of klachten).

De 'incidentie' (het aantal nieuwe aandoeningen per tijdseenheid) en de 'prevalentie' van ziekten en gezondheidsstoornissen bepalen het morbiditeitspatroon. Met de genoemde restrictie kan men stellen, dat de 'patients consulting rate' een morbiditeitsgegeven is, dat ten aanzien van dit patroon van ziekten informatie verschaft.

Het begrip 'aandoening' is nauwelijks voor uiteenlopende interpretatie vatbaar, wanneer men er elke subjectieve of objectieve stoornis in de gezondheidsbeleving mee kan aanduiden. Het aantal arts-patiënt contacten voor 'nieuwe gevallen' per jaar is dan gelijk te stellen aan de incidentie. Het aantal consulten per jaar, waarbij òf een 'nieuw geval' wordt geïntroduceerd òf een bekend 'oud geval' voor het eerst in dat jaar wordt teruggezien, komt dan overeen met de prevalentie (period prevalence). De vrij grote uniformiteit in het hanteren van aandoeningscijfers bij verschillende onderzoekers en de mogelijkheid hiervan belangrijke morbiditeitsgegevens als incidentie en prevalentie af te leiden, maken de registratie van aandoeningen tot een zeer bruikbare methode voor morbiditeitsonderzoek.

Alhoewel Brenkman (1963) stelt, dat aandoeningscijfers méér dan verrichtingscijfers geschikt zijn om een indruk te geven van de 'gebruikelijke gedragslijn bij een bepaalde bevolkingsgroep ten aanzien van ziekte

en lichamelijke ongemakken', dient ook met betrekking tot het al of niet presenteren van de klacht bedacht te worden, dat zulks (zij het minder dan het verrichtingsgetal) afhankelijk is van de attitude van de arts en dat het gedrag bij ziekte van de desbetreffende populatie slechts ten volle kan worden begrepen door gelijktijdige bestudering van de niet-gepresenteerde morbiditeit.

De vergelijking van de morbiditeitscijfers van ons eigen onderzoek met de resultaten van andere morbiditeitsstudies is slechts van beperkte waarde, omdat onze exploratie zich bepaalt tot huisvrouwen van 20-55 jaar en hun gezinnen. De selectiecriteria (hoofdstuk 1, paragraaf 5) sluiten zelfs vergelijking met de resultaten van andere onderzoeken binnen dezelfde leeftijdsklassen van vrouwelijke patiënten uit. Tot nu toe is er (voorzover ons bekend is) geen morbiditeitsstudie onder huisvrouwen verricht, althans niet in de situatie van de huisartsenpraktijk.

De resultaten van onze exploratie worden dan ook vermeld in procenten en gemiddelden van de gegeven populatie van 538 huisvrouwen. Als achtergrond-informatie dienen een aantal gegevens betreffende de gepresenteerde morbiditeit bij de mannen van deze huisvrouwen. Ten einde enige indruk te verkrijgen omtrent de totale gepresenteerde morbiditeit van het gezin van de individuele huisvrouw, zijn alle contacten met of met betrekking tot de kinderen geregistreerd.

De gegevens van dit onderzoek zijn verkregen door notitie van alle consulten, visites en irregulaire visites (zie hoofdstuk 1, paragraaf 8) gedurende het onderzoekjaar. Per contact (arts-patiënt contact) is telkens één 'verrichting' geteld, ongeacht het aantal aandoeningen of klachten, waarop het contact betrekking had. Iedere gepresenteerde aandoening of klacht is genoteerd op een wijze, waarop 'nieuwe' van 'oude' aandoeningen zijn te onderscheiden. Met betrekking tot het morbiditeitspatroon van de huisvrouw heeft met name de prevalentie van bepaalde klachten en aandoeningen bij huisvrouwen, alsmede de contactfrequentie van de huisvrouw met de huisarts de aandacht gehad bij de evaluatie van de geregistreerde gegevens.

Het morbiditeitspatroon bij huisvrouwen is het object van studie. Dit zij nog eens nadrukkelijk gesteld, omdat dit elke vergelijking met een andere groep patiënten bemoeilijkt. Allereerst is ten aanzien van het 'beroep' van de huisvrouw te weinig bekend en voorts gaat het steeds over 'vrouwen'. De vrouw is nu eenmaal niet in alles met de man te vergelijken. Daarom is bij deze studie naar het ziektepatroon van de huisvrouw de categorie 'verloskundige aandoeningen' inclusief en exclusief bij de resultaten betrokken. Ook exclusief, omdat men toch gaarne het patroon van ziekten en klachten van de huisvrouw relateert aan bijvoorbeeld het morbiditeitspatroon van de man. Verloskundige aandoeningen

zijn bij de man nu eenmaal uitgesloten. Men kan tegenwerpen, dat dan gynaecologische aandoeningen als bijvoorbeeld een prolapsus vaginae óók buiten de gegevens moeten worden gehouden. Deze concessie aan de ‘vergelijkbaarheid’ hebben wij niet willen doen, daar bij zindelijk doorredeneren een aandoening als cystitis dan eveneens buiten de bewerking zou moeten blijven. Wat blijft er dan tenslotte van de morbiditeit van de vrouw over? Bij de presentatie van de resultaten is er dus méér sprake van ‘achtergrondinformatie’ dan van ‘vergelijking’ wanneer de verkregen morbiditeitsdata van de huisvrouwen worden gerelateerd aan de gegevens, die voor hun mannen werden geregistreerd.

Hetzelfde geldt ten aanzien van de poging, het morbiditeitspatroon van de huisvrouw kwalitatief en kwantitatief te betrekken op de kaleidoscoop van klachten en aandoeningen bij een aantal ongehuwde vrouwen. Zo blijken verrichtingen in verband met de controle voor orale anti-conceptie bij de ongehuwde vrouwen nauwelijks voor te komen. Dit is voor ons geen reden geweest, de pilconsulten buiten de verrichtingscijfers van de huisvrouwen te houden.

Zoals reeds werd vermeld in hoofdstuk 1, paragraaf 8, is de classificering van aandoeningen en klachten gebaseerd op de indeling en codering van de E-lijst. De aandoeningen die bij deze lijst zijn vermeld onder categorie XVIII, betrekking hebbende op preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, zijn met uitzondering van orale anticonceptie en anderssoortige geboorteregeling buiten beschouwing gebleven. Categorie XV van de E-lijst (ziekten van de neonatus) is in dit onderzoek uiteraard ‘niet van toepassing’.

3.2. HET GETAL DER VERRICHTINGEN

3.2.1. *Verrichtingen exclusief verloskunde*

Met uitsluiting van verloskundige verrichtingen zijn voor de 538 huisvrouwen gedurende het jaar van onderzoek 2353 verrichtingen geregistreerd. Dit is gemiddeld: 4.37 verrichtingen per huisvrouw.

De 538 mannen van deze vrouwen hadden tezamen 2076 verrichtingen, gemiddeld: 3,86 verrichtingen per man (tabel 17).

TABEL 17. VERRICHTINGEN BIJ DE VROUWEN EN MANNEN IN HET ONDERZOEK, EXCLUSIEF VERLOSKUNDE

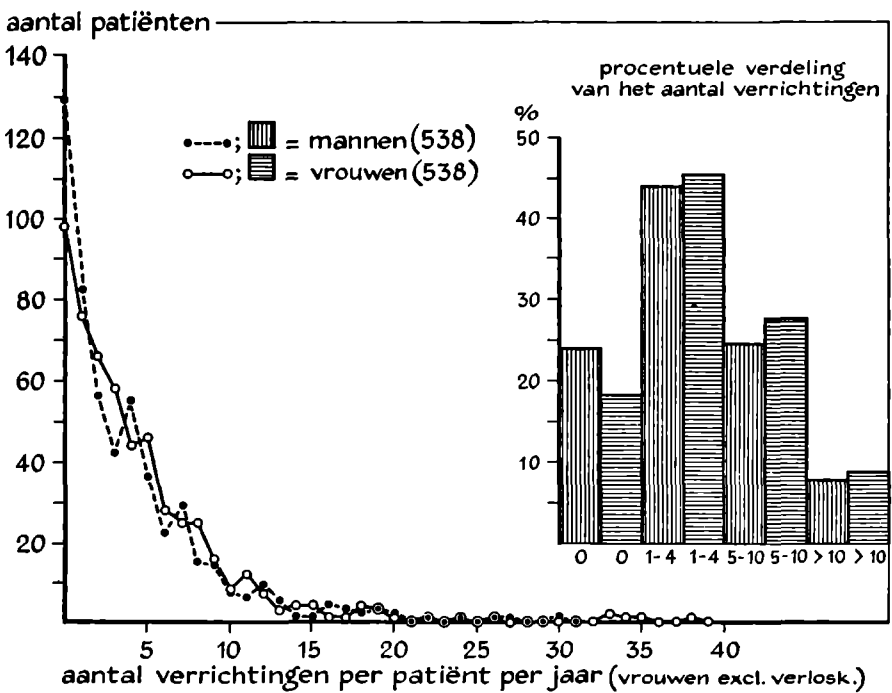
	Vrouwen	Mannen	Totaal patiënten
Aantal patiënten	538	538	1076
Aantal verrichtingen	2353	2076	4429
Gemiddeld aantal verrichtingen	4,37	3,86	4,10
Mediaan van de verrichtingen	2,50	2,05	2,31

Blijkens de cijfers van tabel 17 is het verschil tussen het gemiddeld aantal verrichtingen bij de huisvrouwen en dit gemiddelde bij hun mannen circa een half procent.

Zowel voor de huisvrouwen als voor hun mannen geldt, dat dit gemiddelde relatief sterk beïnvloed wordt door de verrichtingscijfers van die patiënten, die géén enkel contact met de huisarts hadden (de categorieën met nul verrichtingen) en door de verrichtingsgetallen van de zéér frequent consulterende patiënten.

In de categorie met géén enkele verrichting gedurende de periode van onderzoek, zijn de huisvrouwen met 98 patiënten (ca. 18% van de totale populatie huisvrouwen) minder vertegenwoordigd dan hun mannen, waarvan er 129 (ca. 24% van de totale populatie mannen) geen contact met de huisarts hadden (figuur 3).

Figuur 3. Verdeling van het aantal verrichtingen bij de 538 huisvrouwen en hun mannen (vrouwen: exclusief verloskunde)



In figuur 3 vertoont de verrichtingscurve (in absolute getallen weergegeven, omdat het om een even groot aantal huisvrouwen als mannen gaat) een 'vlakker' verloop bij de huisvrouwen dan bij hun mannen. De categorie met nul verrichtingen is bij de huisvrouwen kleiner; het

gemiddeld aantal verrichtingen en de mediaan van de verrichtingsgetallen is bij de vrouwen hoger dan bij hun mannen.*

De categorie van patiënten met méér dan tien verrichtingen telt meer vrouwen dan mannen (9% respectievelijk 7,5%). Ter illustratie is aan figuur 3 een blokdiagram toegevoegd met een procentuele verdeling van het aantal verrichtingen in een viertal arbitraire categorieën van respectievelijk: nul verrichtingen, één tot en met vier verrichtingen, vijf tot en met tien verrichtingen en meer dan tien verrichtingen. De huisvrouwen blijken in de drie categorieën met verrichtingen enigszins sterker vertegenwoordigd te zijn dan hun mannen.

Met betrekking tot deze gegevens kan opgemerkt worden, dat de registratie van het aantal verrichtingen bij de 538 huisvrouwen en hun mannen is te beschouwen als een reeks waarnemingen bij de 538 desbetreffende echtparen. Voor 28 echtparen werd géén enkele verrichting genoteerd, terwijl bij 37 echtparen evenveel verrichtingen voor de vrouw als voor de man werden geregistreerd. Bij 298 echtparen had de vrouw méér verrichtingen dan de man, terwijl het omgekeerde 175 maal het geval was. Bij een aanzienlijk aantal echtparen had de vrouw dus frequenter contact met de huisarts dan haar man. Dit verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen kan niet aan het toeval worden toegeschreven (tekentoets: $P < 0,001$).

3.2.2. *Verrichtingen inclusief verloskunde*

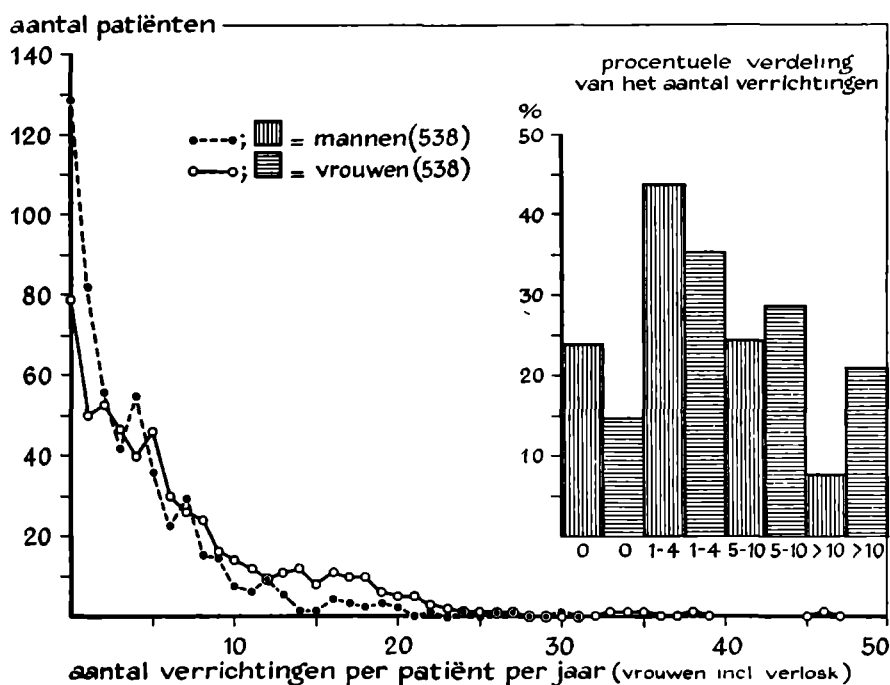
Bij de 538 huisvrouwen zijn gedurende de periode van onderzoek 1088 verloskundige verrichtingen geregistreerd. Het gemiddelde verrichtingscijfer voor de huisvrouwen is met inbegrip van de verloskundige verrichtingen: 6,39 verrichtingen per vrouw. Dit betekent een verschil van 2,5 ten opzichte van het gemiddeld aantal verrichtingen bij de mannen (zie tabel 17). De gevonden verschillen tussen de huisvrouwen en hun mannen worden bij insluiten van de verloskundige verrichtingen, zoals niet anders te verwachten is, geaccentueerd (figuur 4).

Het bedrijven van de verloskunde in zijn praktijk vergroot de frequentie van de contacten van de huisarts met de huisvrouw en beïnvloedt daardoor de intensiteit van zijn bemoeienissen met deze centrale figuur in het gezin.

Bij beschouwing van de morbiditeit van de huisvrouwen van onze onderzoekpopulatie, kan gesteld worden dat voor de huisvrouwen gemiddeld méér verrichtingen zijn geregistreerd dan voor hun mannen. Bij de 538

* 'Mediaan' is het middelste getal of het gemiddelde van de middelste getallen in een reeks opklunnende getallen.

Figuur 4 Verdeling van het aantal verrichtingen bij de 538 huisvrouwen en hun mannen (vrouwen inclusief verloskunde)



echtparen had in de meeste gevallen de vrouw een frequenter contact met de huisarts dan de man. Bij de huisvrouwen is een kleiner aantal patiënten met geen enkele verrichting dan bij de mannen. In de categorie met veel verrichtingen zijn de vrouwen sterker vertegenwoordigd dan hun mannen.

Men zou kunnen opmerken dat de echtgenoten van de huisvrouwen geen goede 'vergelijkingsgroep' vormen. Uit de onderzoeken van onder andere Kreitman (1970) is gebleken, dat met de duur van het huwelijk man en vrouw een meer en meer op elkaar gelijkend gedragspatroon gaan vertonen ten aanzien van ziekte en gezondheid. Dit gedragspatroon beïnvloedt uiteindelijk de gepresenteerde morbiditeit. Allereerst zij dan opgemerkt, dat reeds werd gesignaleerd dat het hier niet om 'vergelijken' gaat, doch meer om het geven van een achtergrondinformatie. Voorts lijkt het ons inziens onwaarschijnlijk dat bedoeld mechanisme, dat ook wel 'convergentie' wordt genoemd, een belangrijke rol speelt bij de verschillen tussen vrouwen en mannen in ons onderzoek. Dit proces veronderstelt een zekere huwelijksduur en vele gezinnen in de onderzoekpopulatie zijn kort of middelmatig lang gehuwd.

3.2.3. *Verrichtingen bij huisvrouwen en ongehuwde vrouwen*

De ongehuwde vrouwen in de praktijk vormen op andere gronden een moeilijk te hanteren 'vergelijkingsgroep'. Zoals in hoofdstuk 2, paragraaf 4 werd beschreven, is een van de problemen in deze de omstandigheid, dat er boven de leeftijd van 30 jaar (binnen de praktijk van onderzoek) onvoldoende ongehuwde vrouwen in de diverse leeftijdsklassen voorkomen. Toch is relatering van het morbiditeitspatroon van de gehuwde vrouw aan het spectrum van klachten en aandoeningen bij ongehuwde leeftijdgenoten ter verduidelijking van het gehele beeld van belang. Ondanks de beperkingen die door de situatie zijn opgelegd, is getracht enige informatie omtrent de verschillen in verrichtingscijfers tussen gehuwde en ongehuwde vrouwen te verkrijgen.

Blijkens de gegevens van de praktijkinventarisatie omvat de leeftijdsklasse van 20-30 jaar: 91 ongehuwde vrouwen. Deze 91 ongehuwde vrouwen zijn als een aparte categorie, buiten de 538 gezinnen van huisvrouwen in de registratie van de morbiditeit opgenomen. Voor een deel stammen deze patiënten echter weer uit gezinnen die tot de onderzoek populatie behoren. Een en ander beperkt op aparte wijze de waarde van deze categorie ongehuwden als 'vergelijkingsgroep'. De resultaten van onze relatering van de verrichtingen bij de huisvrouwen aan de verrichtingscijfers van de ongehuwde vrouwen moeten dan ook met de nodige restricties geïnterpreteerd worden.

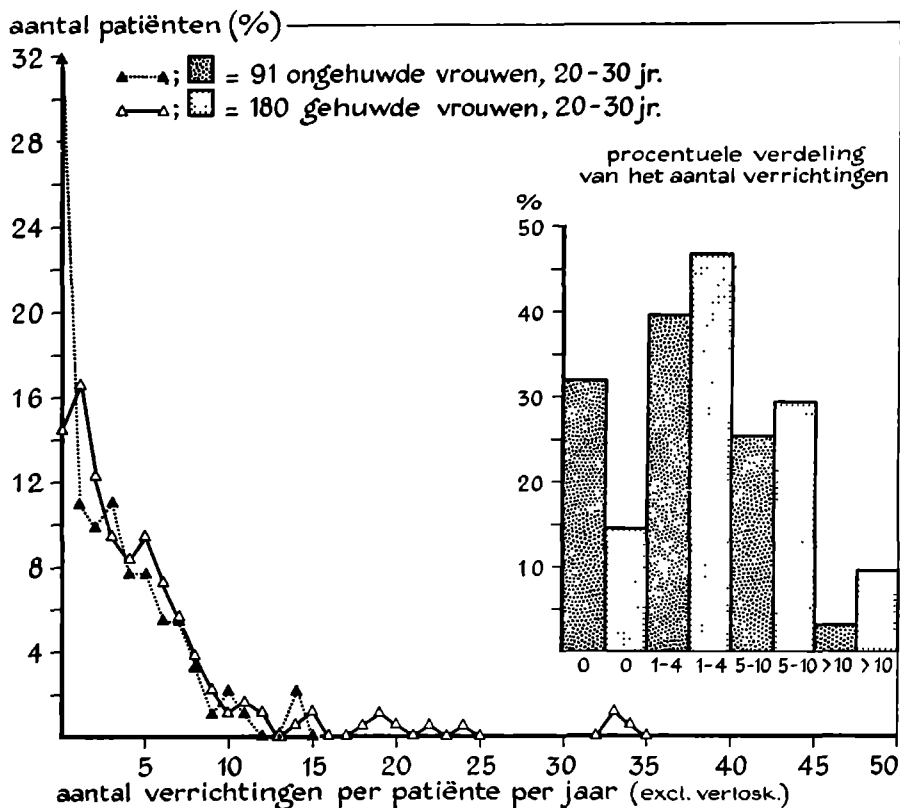
In figuur 5 en figuur 6 zijn de gevonden verschillen met betrekking tot het aantal verrichtingen bij een aantal huisvrouwen enerzijds en een aantal ongehuwde vrouwen anderzijds grafisch weergegeven. Omdat het hier om niet even grote categorieën gaat, moet zowel de afbeelding in een curve als die in een blokdiagram procentueel worden voorgesteld. De onderzoekpopulatie telt 180 huisvrouwen van 20-30 jaar.

In figuur 5 zijn de verrichtingscurven voor de 180 huisvrouwen van 20-30 jaar en voor de 91 ongehuwde vrouwen uit dezelfde leeftijdsklassen weergegeven. De verloskunde is hierbij buiten beschouwing gelaten.

De curve van de ongehuwde vrouwen verloopt steiler dan die voor de gehuwde vrouwen. Vooral het aantal ongehuwde vrouwen zonder enige verrichting (circa 32%) is groter dan zulks het geval is bij de gehuwde vrouwen (ruim 14%). Ook de patiënten met een extreem groot aantal verrichtingen ontbreken praktisch onder de ongehuwde vrouwen.

Voor deze 180 jonge huisvrouwen zijn in totaal 853 verrichtingen geregistreerd tegen 264 verrichtingen voor de 91 ongehuwde vrouwen. Het gemiddeld aantal verrichtingen voor de huisvrouwen bedraagt 4,7 tegenover 2,9 verrichtingen voor de ongehuwde vrouwen.

Figuur 5. Verdeling van het aantal verrichtingen bij 180 huisvrouwen en 91 ongehuwde vrouwen (exclusief verloskunde)



Het verschil tussen het verrichtingscijfer van de huisvrouwen en dat van de ongehuwde vrouwen (een gemiddeld verschil van 1,8 verrichtingen per patiënte) komt bij alle verrichtingscategorieën van het blokdiagram van figuur 5 tot uiting. Met betrekking tot de verdeling over het aantal verrichtingen bestaat er een verschil tussen de huisvrouwen en de ongehuwde vrouwen.

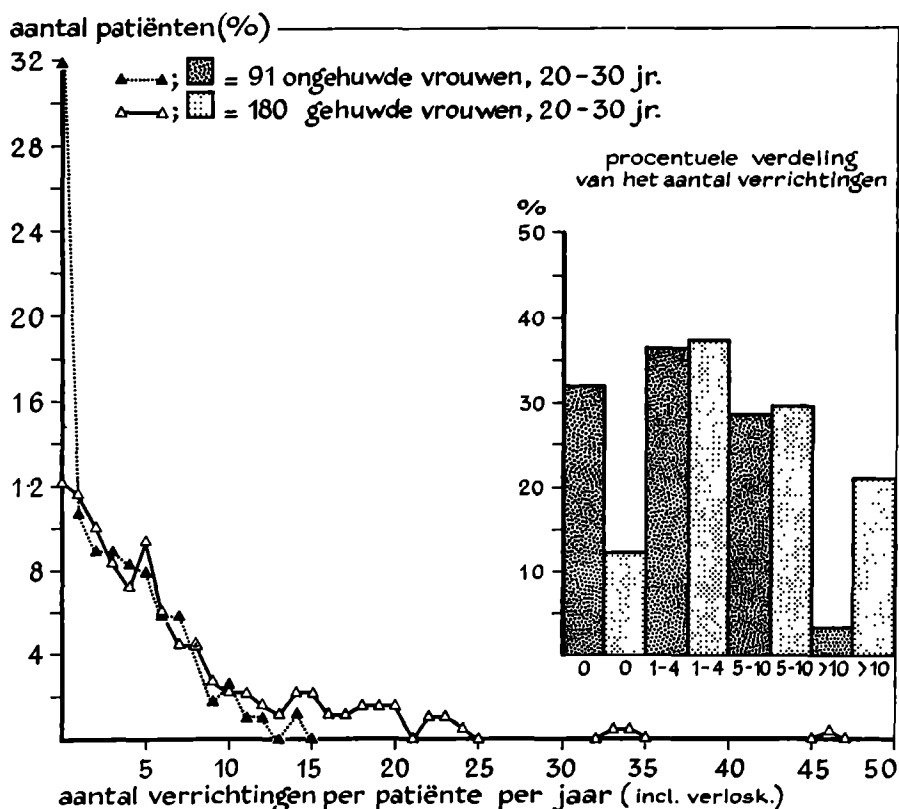
De huisvrouwen hadden in het algemeen frequenter contact met de huisarts dan de ongehuwde vrouwen (toets van Wilcoxon: $P < 0,001$).

Bij de 91 ongehuwde vrouwen werden voor drie patiënten 15 verloskundige verrichtingen geregistreerd voor vier verloskundige aandoeningen. De 180 jonge huisvrouwen hadden tezamen 359 verloskundige verrichtingen voor 113 verloskundige aandoeningen (zie 3.3.4.).

Bij insluiting van deze verloskundige verrichtingen worden de verschillen tussen gehuwden en ongehuwden, zoals te verwachten is, minder

groot in de categorieën met een gering aantal verrichtingen. Een aantal huisvrouwen verschuift van de laagste categorieën naar de hoge verrichtingsgetallen, omdat het insluiten van verloskundige verrichtingen altijd betekent dat voor de desbetreffende patiënten een groot aantal verrichtingen aan het totaal wordt toegevoegd. De verloskunde vergt van de huisarts een relatief groot aantal verrichtingen per patiënte. De continua in figuur 6 verandert voor de ongehuwden nauwelijks (tengevolge van het geringe aantal verloskundige verrichtingen) ten opzichte van de curve van figuur 5.

Figuur 6. Verdeling van het aantal verrichtingen bij 180 huisvrouwen en 91 ongehuwde vrouwen (inclusief verloskunde)



De indeling in de categorieën van het blokdiagram van figuur 6 toont duidelijke verschillen voor de categorie van nul verrichtingen (huisvrouwen nu ruim 12%, ongehuwden circa 32%) enerzijds en de categorie met méér dan tien verrichtingen (huisvrouwen ruim 21%, ongehuwden ruim 4% anderzijds).

De huisvrouwen hadden dus méér verrichtingen dan de ongehuwde vrouwen. Zij zijn aanzienlijk minder vertegenwoordigd in de categorie met geen enkele verrichting en duidelijk sterker vertegenwoordigd in de categorieën met veel en extreem veel verrichtingen dan de ongehuwde vrouwen (toets van Wilcoxon: $P < 0,001$).

Met betrekking tot de aangeboden morbiditeit blijkt deze morbiditeit van de huisvrouw dus kwantitatief te verschillen van die van de ongehuwde vrouw. Alhoewel deze conclusie hoogstens uitgesproken kan worden voor de onderzochte leeftijdsklasse en voor déze onderzoekpopulatie, is de hypothese gerechtvaardigd dat deze verschillen zich eveneens zullen voordoen bij een vergelijking van de verrichtingscijfers tussen gehuwde en ongehuwde vrouwen van alle leeftijden. Helaas kan deze hypothese op basis van ons onderzoekmateriaal niet getoetst worden. Voorts gaat het hier om 'verrichtingscijfers', die slechts een zeer bepaald aspect van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit betreffen, namelijk de frequentie van de huisarts patiënt contacten, de intensiteit van de hulpverlening.

3.2.4. *Consult, visite en irregulaire visite*

Bij deze verrichtingscijfers is uitgegaan van het totaal van de spreekuurconsulten (c.q. telefonische consulten), huisbezoeken en irregulaire visites (hoofdstuk I, paragraaf 8). In het kader van ons onderzoek, dat niet als een praktijkanalytische exploratie is bedoeld, is het niet zinvol de registratie uitvoerig naar de aard van de verrichting te evalueren.

De ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar lieten een beduidend kleiner aantal huisbezoeken registreren dan de huisvrouwen, terwijl deze verschillen tussen mannen en huisvrouwen minder uitgesproken zijn. De hulpverlening op het spreekuuradres kan ten opzichte van de hulpverlening bij de patiënt thuis worden vergeleken door middel van de consult-visite-ratio. Deze c/v-coëfficiënt volgt uit een breuk met in de teller het aantal consulten op het spreekuuradres en in de noemer het aantal visites van de arts ten huize van de patiënt, per patiënt per jaar. In tabel 18 is deze c/v-ratio vermeld voor de huisvrouwen, de mannen en de ongehuwde vrouwen uit ons onderzoek. Verloskundige verrichtingen zijn buiten beschouwing gelaten.

TABEL 18. CONSULT-VISITE-RATIO, EXCLUSIEF VERLOSKUNDE, INCLUSIEF TELEFONISCHE CONSULTEN EN IRREGULAIRE VISITES

alle huisvrouwen	2,2
mannen	2,9
huisvrouwen 20-30 jaar	1,7
ongehuwde vrouwen 20-30 jaar	9,7

De irregulariteit is een van de belastende ongemakken van de huisartsen-praktijk. Het getal der irregulaire visites heeft betekenis bij de exploratie van de arbeidsbelasting van de huisarts. Een dergelijk gegeven moet bestudeerd worden in een onderzoek dat de gehele praktijkbevolking omvat. Bij de huisvrouwen in ons onderzoek zijn 8,6% van de huisbezoeken op een ongeregelde tijd gemaakt. De verloskundige verrichtingen zijn hierbij niet meegeteld.

Bij de mannen werden 6.9% van de huisbezoeken als 'irregulaire visite' geregistreerd. Met betrekking tot de irregulariteit van de arts-patiënt contacten was er dus enig verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen.

De jongere gehuwde en ongehuwde vrouwen (20-30 jaar) onderscheid- den zich van de totale populatie van huisvrouwen en hun mannen door een enigszins groter aantal irregulaire visites, 10,3% respectievelijk 16% van het totaal aantal visites.

Zoals opgemerkt werd ten aanzien van de gegevens betreffende de consult-visite-ratio, geldt ook voor het bovenstaande, dat een en ander slechts ter completering van de inventarisatie van de verrichtingscijfers wordt vermeld.

De huisvrouw-huismoeder is het gezinslid waarmede de huisarts het meest in contact komt. Zij fungeert veelvuldig als intermediair bij het contact tussen de huisarts en een zieke in het gezin. Men spreekt in deze wel van de 'brugfunctie' van de huisvrouw.

Ten aanzien van ziekte bij kinderen in het gezin loopt het contact tussen patiënt en huisarts veel vaker via de moeder dan via de vader (tabel 19).

TABEL 19. BRUGFUNCTIE VAN DE MOEDER RESPECTIEVELIJK DE VADER BIJ HET CONTACT TUSSEN DE HUISARTS EN DE KINDEREN

Aantal contacten	1-4	5-10	Meer dan 10	Totaal
Via de moeder	206	146	57	409
Via de vader	120	6	1	127
Zelfstandig	98	36	21	155
Totaal	424	188	79	691

Uit de cijfers van tabel 19 blijkt, dat de meeste contacten van de huisarts met de 691 kinderen, die gedurende de periode van onderzoek in behandel- ing kwamen, door bemiddeling van de moeder tot stand kwamen. Het waren vooral oudere kinderen (155), die contacten met de huisarts hadden buiten aanwezigheid van een of van beide ouders.

3.3. HET GETAL DER AANDOENINGEN

3.3.1. Incidentie en prevalentie

Ten aanzien van onze doelstelling, het morbiditeitspatroon van een aantal huisvrouwen te verkennen, is vooral de prevalentie van alle aandoeningen tezamen en van een aantal categorieën van aandoeningen afzonderlijk van belang.

De populatie van onderzoek is van een beperkte omvang en de duur van het onderzoek omvatte slechts 12 maanden. Het is daarom weinig zinvol, de resultaten te detailleren in verfijnde epidemiologische data als 'point prevalence', 'incidence, patients consulting rate' enzovoorts.

Het aantal chronische aandoeningen, dat in de periode van onderzoek ter behandeling kwam, is gering ten opzichte van het totaal van nieuwe aandoeningen.

Bij de 538 huisvrouwen werden 238 'oude', dat wil zeggen reeds bekende aandoeningen geregistreerd. Dit is slechts 14% van het totaal aantal aandoeningen, dat door de huisvrouwen ter kennis van de huisarts werd gebracht. Deze 238 'oude' aandoeningen bestonden voor een deel uit chronische ziekten, voor een deel uit aandoeningen die bij de aanvang van het onderzoek in behandeling waren (tabel 20).

TABEL 20. VERDELING VAN 'NIEUWE' EN 'OUDE' AANDOENINGEN BIJ DE 538 HUISVROUWEN EN HUN MANNEN (VROUWEN: INCLUSIEF VERLOSKUNDE)

	Nieuwe aandoeningen	In behan- deling niet chronisch	Chronische aandoeningen	Exacerbatie van chronische aandoeningen	Totaal aantal aandoeningen
vrouwen	1423 (86%)	144 (8,7%)	47 (2,9%)	40 (2,4%)	1654 (100%)
Mannen	989 (91,4%)	20 (1,9%)	30 (2,8%)	43 (3,9%)	1082 (100%)

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen naar het aantal nieuwe en oude aandoeningen: $\chi^2 = 58,69$ $P < 0,0001$.

Blijkens de gegevens van tabel 20 waren 231 aandoeningen (14%), die voor de vrouwen werden geregistreerd, aan de huisarts reeds bekend bij het begin van het onderzoek.

Een gering percentage gezondheidsstoornissen was, alhoewel niet chronisch, onder behandeling op het moment dat het onderzoek begon (huisvrouwen 8,7%, mannen 1,9%).

Bij het 'getal der aandoeningen' zal daarom voornamelijk de incidentie van deze aandoeningen het uitgangspunt vormen.

Met betrekking tot de behandelingsduur van de gepresenteerde klachten en gezondheidsstoornissen werd een onderscheiding gemaakt naar: behandeling bij een éénmalig contact, behandelingsduur van maximaal drie weken en een behandelingsduur van méér dan drie weken.

Bij de huisvrouwen werd een groter aantal aandoeningen langdurig behandeld (méér dan drie weken) dan bij de mannen (tabel 21).

TABEL 21. BEHANDELINGSDUUR VAN DE GEPRESENTEERDE AANDOENINGEN BIJ DE HUISVROUWEN RESPECTIEVELIJK HUN MANNEN (VROUWEN: INCLUSIEF VERLOSKUNDE)

	1 contact	tot 3 weken	3 weken en langer	Totaal aantal aandoeningen
Vrouwen	917 (55,5%)	300 (18,2%)	437 (26,3%)	1654 (100%)
Mannen	629 (58,1%)	288 (26,6%)	165 (15,3%)	1082 (100%)

χ^2 toets voor het verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen naar de behandelingsduur:

$\chi^2 = 59,82$ $P < 0,0001$

3.3.2. *De aandoeningen exclusief verloskunde*

Met uitsluiting van de verloskunde zijn voor de huisvrouwen 1356 aandoeningen geregistreerd. Dit betekent gemiddeld 2,52 aandoeningen per huisvrouw.

De mannen van deze vrouwen lieten tezamen 1082 aandoeningen noteren. Dit is gemiddeld 2,01 aandoeningen per man.

TABEL 22. AANDOENINGEN BIJ DE VROUWEN EN MANNEN VAN DE ONDERZOEK-POPULATIE (VROUWEN: EXCLUSIEF VERLOSKUNDE)

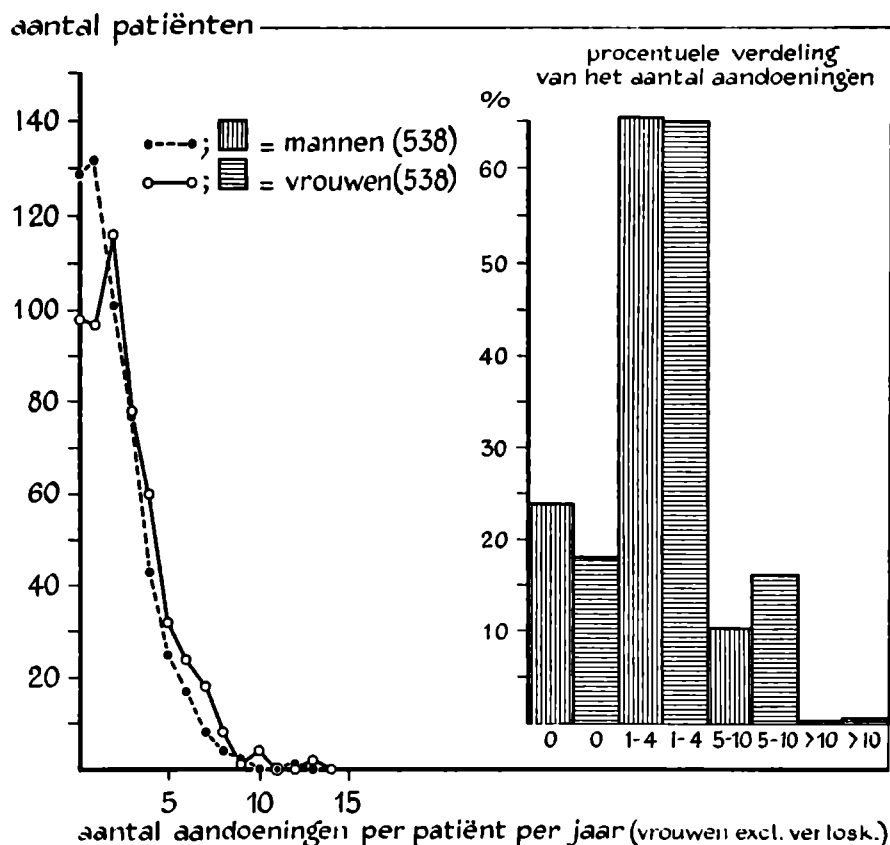
	Vrouwen	Mannen	Totaal
Aantal patiënten	538	538	1076
Aantal aandoeningen	1356	1082	2438
Gemiddeld aantal aandoeningen	2,52	2,01	2,27
Mediaan van het aantal aandoeningen	2,49	2,09	2,36

Bij 28 echtparen werd zowel voor de man als voor de vrouw géén enkele aandoening geregistreerd, terwijl bij 83 echtparen voor beide echtlieden een gelijk aantal aandoeningen werd genoteerd.

In 262 gevallen presenteerde de huisvrouw méér aandoeningen dan de man. Bij 165 echtparen werden voor de man méér aandoeningen geregistreerd dan voor zijn vrouw.

De huisvrouwen brachten in het algemeen méér aandoeningen ter kennis van de huisarts dan hun mannen (tekentoets: $P < 0,001$).

Figuur 7. Verdeling van het aantal aandoeningen bij de 538 huisvrouwen en bij hun mannen (vrouwen: exclusief verloskunde)



De curve der aandoeningsgetallen bij de mannen verloopt enigszins 'steiler' dan deze curve bij de vrouwen. Bij de categorie met géén enkele aandoening zijn de vrouwen met 98 patiënten (circa 18%) minder vertegenwoordigd dan hun mannen, waarvan 129 patiënten (circa 24%) niet één aandoening presenteerden.

In de categorie van 1-4 aandoeningen (blokdiagram) zijn de mannen in de meerderheid. Boven een aantal van 4 aandoeningen zijn de vrouwen sterker vertegenwoordigd, alhoewel er bij de extreem hoge aandoeningsgetallen slechts een gering verschil tussen de vrouwen en hun mannen is te constateren.

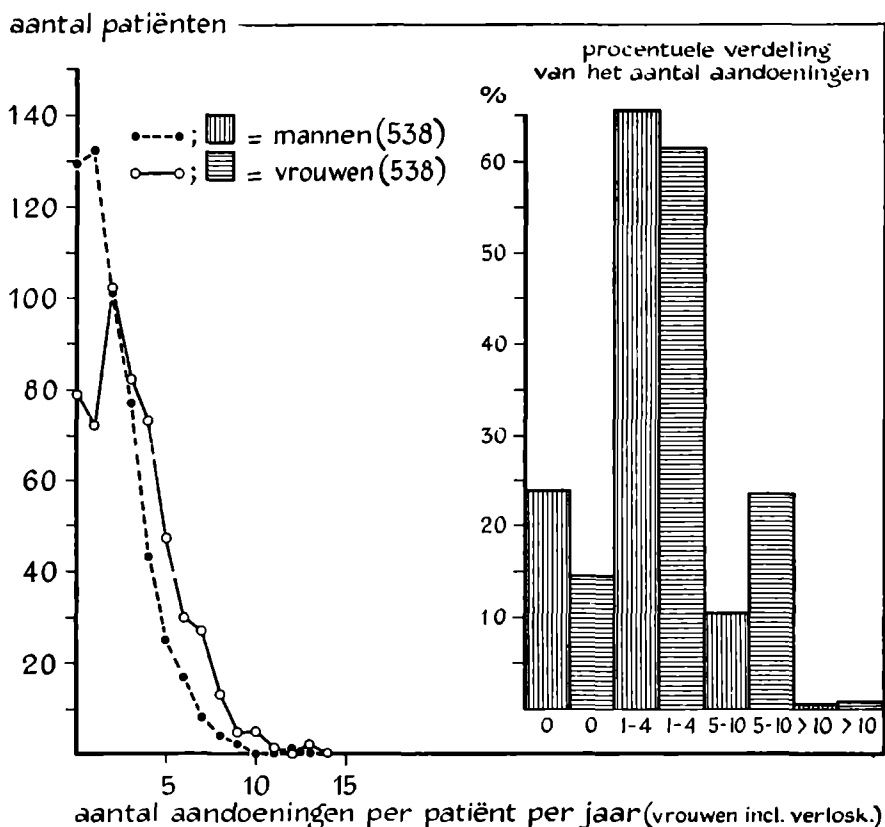
De huisvrouwen presenteerden gemiddeld méér aandoeningen aan de huisarts dan hun mannen terwijl, beschouwd naar echtpaar, de vrouwen frequenter contact met de huisarts hadden dan hun mannen. De verdeling over de aandoeningsgetallen verschilt bij de huisvrouwen nauwelijks van deze verdeling bij hun mannen.

3.3.3. De aandoeningen inclusief verloskunde

Met insluiting van de verloskunde zijn de verschillen tussen de vrouwen en hun mannen, zoals te verwachten, groter. Het gemiddeld aantal aandoeningen bij de vrouwen is met inbegrip van de verloskunde 3,07 en dus duidelijk groter dan het gemiddelde (2,01) bij de mannen.

Met betrekking tot de codering van de aandoeningen is de verloskunde in drie fasen verdeeld: prenatale fase, de partus en de postnatale fase. Bij een geheel normale graviditeit, normale bevalling en een ongestoord kraambed tijdens de periode van registratie, zijn zodoende drie 'verloskundige aandoeningen' genoteerd. Deze min of meer gecompliceerde wijze van coderen is geïnspireerd op de indeling van categorie XI van de E-lijst (zie bijlage II). Het biedt de mogelijkheid, de morbiditeitsregistratie aan te passen aan de omstandigheid dat nu eenmaal veel verloskundige verrichtingen voorkomen bij vrouwen die nog niet of niet meer bevallen zijn

Figuur 8. Verdeling van het aantal aandoeningen bij de 538 huisvrouwen en bij hun mannen (vrouwen: inclusief verloskunde).



gedurende het jaar van onderzoek. Een willekeurige patiënte kan prenataal zowel een anaemie als een liggingsafwijking vertonen. Het gevolgde systeem van coderen voorziet dan in de mogelijkheid om méér dan één 'verloskundige aandoening' in de desbetreffende fase te onderscheiden.

In figuur 8 vertoont de curve bij de vrouwen een enigszins vlakker verloop. Met inbegrip van de verloskunde is de categorie van huisvrouwen zonder enige aandoening (14,5%) kleiner dan wanneer de verloskunde buiten beschouwing wordt gelaten.

Van de 538 huisvrouwen hadden 424 huisvrouwen géén enkele verloskundige aandoening. Een aantal vrouwen (circa 3½%) heeft de huisarts slechts voor verloskundige hulp geraadpleegd.

De huisvrouwen in ons onderzoek hebben gemiddeld duidelijk meer aandoeningen dan hun mannen. Dit geldt zowel bij insluiten als bij uitsluiten van verloskundige aandoeningen.

De verdeling over de aandoeningsgetallen vertoont nauwelijks enig verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen.

De aandoenings-verrichtingscoëfficiënt (volgt uit een breuk met in de teller het aantal aandoeningen en in de noemer het aantal verrichtingen) is bij de huisvrouwen in ons onderzoek 0,7 (exclusief verloskunde) en bij de mannen 0,5. De huisvrouwen hadden per aandoening dus een kleiner aantal verrichtingen dan hun mannen.

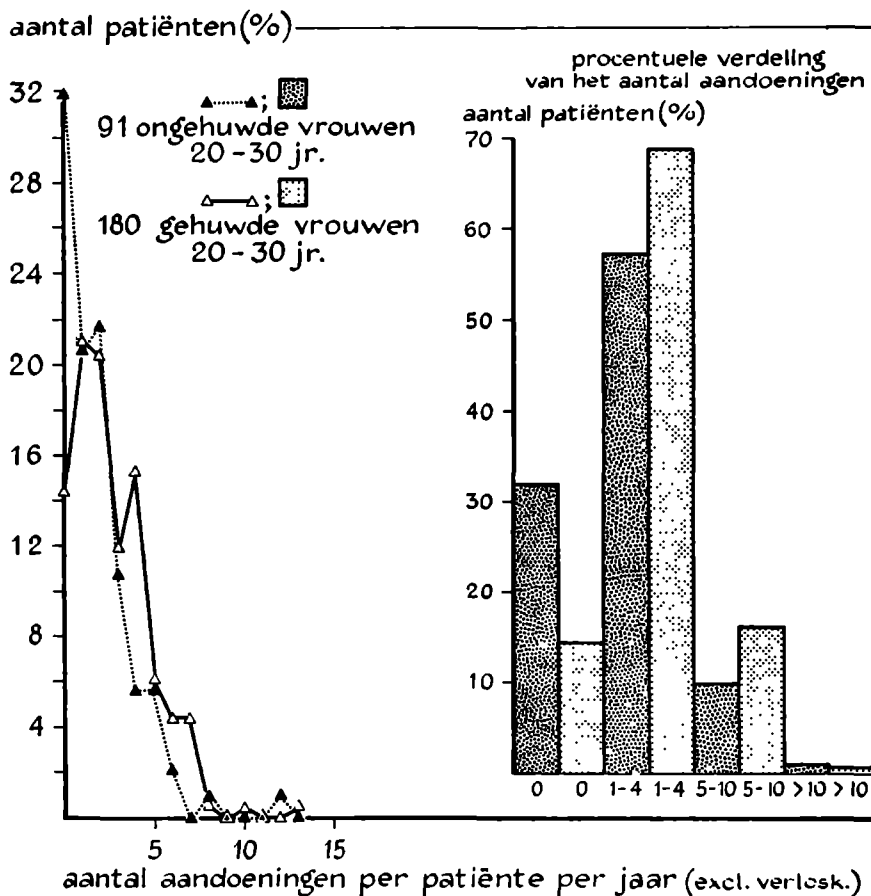
3.3.4. *Aandoeningen bij huisvrouwen en ongehuwde vrouwen*

Ook ten aanzien van het aantal aandoeningen is voor een deel van de huisvrouwen de gepresenteerde morbiditeit gerelateerd aan hetgeen voor de groep ongehuwde vrouwen werd geregistreerd. Er blijken duidelijke verschillen te bestaan tussen de jonge huisvrouwen en de ongehuwde leeftijdgenoten met betrekking tot het aantal aandoeningen.

Exclusief de verloskunde werden voor de 91 ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar 156 aandoeningen genoteerd, dit is gemiddeld: 1,7 aandoeningen per patiënte. De 180 jonge huisvrouwen presenteerden 457 aandoeningen, gemiddeld 2,5 aandoeningen per patiënte.

In figuur 9 is de procentuele verdeling van het aantal aandoeningen afgebeeld. De curve van de ongehuwde vrouwen verloopt steiler dan de curve van hun gehuwde leeftijdgenoten. Bij de verdeling in categorieën treden duidelijke verschillen op in bijna alle categorieën. Bij de ongehuwde jonge vrouwen heeft circa 32% géén enkele aandoening gepresenteerd. Dit is een groot verschil met de jonge huisvrouwen, waarvan slechts ongeveer 14% geen aandoening liet registreren. De huisvrouwen brachten meer

Figuur 9. Verdeling van het aantal aandoeningen bij 180 huisvrouwen en 91 ongehuwde vrouwen (exclusief verloskunde)



klachten en aandoeningen ter kennis van de huisarts dan de ongehuwde vrouwen (toets van Wilcoxon: $P < 0,001$).

Zoals reeds bij de bespreking van het aantal verrichtingen (3.2.3.) werd opgemerkt, zijn drie ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar onder behandeling geweest wegens zwangerschap. Voor deze patiënten werden 15 verloskundige verrichtingen en 4 verloskundige 'aandoeningen' genoteerd.

Bij de 180 jonge huisvrouwen werden 113 verloskundige aandoeningen (prenataal, partus, postnataal) geregistreerd. Dit biedt geen basis voor enige vergelijking met de categorie ongehuwde vrouwen.

Door verschillende onderzoekers is reeds vermeld, dat vrouwen de arts vaker consulteren dan mannen. Dit geldt zowel met betrekking tot het

aantal verrichtingen (Oliemans, 1969) als ten aanzien van het aantal aandoeningen (Brenkman, 1963). Dit verschil in gepresenteerde morbiditeit tussen vrouwen en mannen komt bij alle morbiditeitsonderzoeken in de huisartsenpraktijk vrij constant naar voren. Aandoeningsgetallen lenen zich in het algemeen beter dan verrichtingscijfers voor onderlinge vergelijking van gepubliceerde resultaten. In tabel 23 zijn de uitkomsten van enkele onderzoeken vermeld met betrekking tot het percentage nietconsulterenden.

TABEL 23. PERCENTAGES NIET-CONSULTERENDEN BIJ ENKELE ONDERZOEKERS (AFGEROND)

Onderzoeker	Mannen	Vrouwen
Buma (1950)	32,5	27
Brenkman (1963)	42	38
Logan (1958)	36	34 (30)*
Folmer (1968)	54	54 (50)*
Eigen onderzoek	24	18 (14,5)*

* Inclusief verloskunde.

Toch is een vergelijking als in tabel 23 bezwaarlijk. Allereerst strekt ons eigen onderzoek zich uit over een aparte categorie patiënten uit bepaalde leeftijdsklassen, terwijl bij de andere onderzoekers de cijfers betrekking hebben op de gehele praktijkpopulatie (of op de bevolking van een aantal praktijken, Logan). Voorts is ook bij deze aandoeningscijfers geen één-duidigheid in de registratie. Zo telde Brenkman normale bevallingen wel mee, terwijl bij Logan en Folmer slechts de pathologie in de verloskunde in de totaalcijfers werd opgenomen. Geen der genoemde onderzoekers hanteert overigens de in ons onderzoek gebruikte indeling in een aantal fasen van verloskundige hulp (3.3.3.).

Bij verrekening van verloskundige verrichtingen en aandoeningen, waar dit mogelijk is, blijven de verschillen in het algemeen bestaan en worden veelal weinig groter of kleiner.

De huisvrouwen brachten bij een groter aantal verrichtingen ook een groter aantal aandoeningen ter kennis van de huisarts dan hun mannen. Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt, dat de huisvrouwen duidelijk verschillen van ongehuwde vrouwen ten aanzien van hun respectieve aandeel in de gepresenteerde morbiditeit.

Over dit onderscheid tussen gehuwde vrouwen en ongehuwde leeftijdgenoten is nog vrijwel niets bekend. Folmer vond in zijn onderzoek wel, dat ongehuwde volwassenen minder contacten met de arts hadden dan gehuwden. Hij geeft daar een verklaring voor, die gebaseerd is op de socia-

le situatie in het dunbevolkte gebied van Noorwegen, alwaar hij het onderzoek verrichtte. De resultaten van onze exploratie geven steun aan de veronderstelling, dat een en ander een algemeen verschijnsel is, dat vooral opgaat voor het verschil in deze tussen huisvrouwen enerzijds en mannen en ongehuwde vrouwen anderzijds.

3.4. VERWIJZING NAAR SPECIALISTEN EN OPNAME IN HET ZIEKENHUIS

In deze studie is het niet begonnen om een praktijkanalytisch onderzoek. Ten aanzien van de geregistreeerde gegevens betreffende de medische hulpverlening in het tweede echelon worden dan ook slechts enkele samenvattende resultaten vermeld. Het is slechts de bedoeling, het 'kapje van de ijsberg' te belichten, dat wil zeggen dat gedeelte van de gepresenteerde morbiditeit te benaderen, dat via de huisarts ter kennis van de specialist komt.

In totaal werd bij de huisvrouwen voor 169 aandoeningen naar een specialist of een specialistische instelling verwezen. Bij de mannen werd voor 150 aandoeningen de hulp van een specialist ingeroepen.

De oogarts was zowel bij de vrouwen als bij hun mannen de meest geconsulteerde specialistische deskundige. Op de tweede plaats volgde bij de vrouwen de gynaecoloog (ook exclusief de 'obstetricus') en bij de mannen de algemene chirurg.

In een zeer gering aantal van de gevallen is de patiënt voor verdere specialistische behandeling in een ziekenhuis opgenomen (tabel 24).

TABEL 24. VERWIJZINGEN EN OPNAMES BIJ DE HUISVROUWEN EN HUN MANNEN, UITGAANDE VAN DE GEPRESENTERDE AANDOENING

	Aantal aandoeningen abs.	Verwijzingen		Opnames	
		abs.	proc.	abs.	proc.
Vrouwen excl. verloskunde	1356	154	11,4	28	2,1
Mannen	1082	150	13,9	28	2,5
Vrouwen met betrekking tot verloskunde	298	15	5	9	3
Totaal vrouwen en mannen	2736 (100%)	319 (11,7%)		65 (2,4%)	
Ongehuwde vrouwen (vergel. 4.4. en 4.5.)	156	32	20,5	3	1,9

Van de totale gepresenteerde morbiditeit, uitgedrukt in het aantal aandoeningen, is circa 12% ter kennis van een specialist gekomen en ongeveer 2,5% van de aandoeningen is door middel van opname in een ziekenhuis

behandeld. Deze resultaten wijken weinig af van de gegevens, welke andere morbiditeitsonderzoekingen hebben opgeleverd. Zo vond Brenkman (1963) ten onzent 84% voor het aandeel van de huisarts in de behandeling van de aangeboden aandoeningen. Folmer (1968) berekende een verwijzingspercentage van 25%, maar verklaart dit hoge cijfer op aannemelijke wijze vanuit de zeer specifieke geografische situatie van zijn praktijkgebied. Het lage opnamecijfer bij de door ons onderzochte populatie is waarschijnlijk een gevolg van de selectie. Bij de resultaten van het onderzoek van Brenkman wordt een opnamecijfer van 3,6% vermeld.

3.5. DE VERLOSKUNDIGE HULP KWANTITATIEF

Van de 538 huisvrouwen consulteerden 424 patiënten in het geheel niet en 114 vrouwen voor één of meer 'verloskundige aandoeningen'. In totaal werden 298 verloskundige aandoeningen geregistreerd. Dit cijfer heeft betrekking op 81 bevallingen, waarvan 67 bevallingen door de huisarts zijn geleid. Op niet-medische indicatie zijn 5 vrouwen in een kraamkliniek of ziekenhuis onder leiding van een vroedvrouw bevallen.

Het getal van 298 'aandoeningen' moet verklaard worden als een gevolg van de wijze van registreren (3.3.3.), waarbij de drie fasen van prenatale zorg, partus en postnatale zorg als afzonderlijke 'aandoeningen' werden gecodeerd.

Van de geregistreerde 298 verloskundige aandoeningen zijn 15 pathologische bevindingen (c.q. aandoeningen) aanleiding geweest tot een verwijzing naar de specialist-obstetricus. Dit betrof 15 afzonderlijke patiënten, waarvan gedurende de periode van onderzoek 9 vrouwen klinisch zijn bevallen.

Het aantal thuisbevallingen was gedurende het jaar van onderzoek dus nog zeer groot. In het praktijkgebied is geen kraamkliniek of ziekenhuis gevestigd. De bevolking is hier aangewezen op de faciliteiten van grotere, op enige afstand gelegen plaatsen. De eigen huisarts kan daar bezwaarlijk lange tijd toeven in geval een patiënte niet thuis wil blijven. De binding aan de eigen huisarts vormt dan ook voor velen een belemmering om in een kraamkliniek elders opgenomen te worden.

3.6. *Samenvattend* zijn uit de resultaten van ons onderzoek enkele conclusies te trekken ten aanzien van de kwantitatieve aspecten van de gepresenteerde morbiditeit.

De huisvrouwen consulteerden de huisarts vaker dan hun mannen. Het gemiddeld aantal verrichtingen en aandoeningen was bij de huisvrouwen hoger dan bij hun mannen. Bij de desbetreffende echtparen hadden aanzienlijk meer vrouwen dan mannen een frequenter contact met de huisarts dan de partner. In het algemeen brachten ook meer vrouwen dan

mannen het grootste aantal aandoeningen ter kennis van de huisarts.

De huisvrouwen van 20-30 jaar consulteerden de huisarts vaker dan een vergelijkbare categorie van ongehuwde vrouwen. Zowel het gemiddeld aantal verrichtingen als het gemiddeld aantal aandoeningen was bij de jonge huisvrouwen hoger dan bij de ongehuwde vrouwen.

'De top van de ijsberg' is het kleinere deel van de totaliteit van de morbiditeit, het gedeelte dat de huisarts onder ogen krijgt. Bij de onderzoekpopulatie blijkt 88% van de aandoeningen geheel door de huisarts te zijn behandeld, terwijl voor slechts 12% van de aandoeningen een beroep op een specialist is gedaan. Ongeveer 2,5% van de aandoeningen zijn door middel van opname in een ziekenhuis behandeld.

4. KWALITATIEVE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK NAAR DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT

4.1. HET MORBIDITEITSPATROON BIJ VROUWEN EN MANNEN

In de inleiding (§ 3) is reeds gesteld, dat op grond van (overigens schaarse) literatuurgegevens de verwachting gekoesterd mag worden, dat het patroon van klachten en aandoeningen bij huisvrouwen zich min of meer typisch onderscheidt van het spectrum van klachten en aandoeningen bij mannen en andere categorieën vrouwen.

Vrij algemeen is de bevinding, dat psycho-neurotische klachten bij vrouwen frequenter voorkomen dan bij mannen. Fry (1966) vond voor deze categorie aandoeningen een bijna driemaal grotere incidentie en prevalentie bij vrouwen dan bij mannen. Logan (1958) en Oliemans (1969) vonden bij hun onderzoeken een verhouding van twee op één.

Voor diverse aandoeningen zijn verschillen in incidentie en prevalentie tussen vrouwen en mannen aangetoond. In het algemeen blijken behalve psychische aandoeningen, vooral endocriene stoornissen, ziekten van de tractus circulatorius, aandoeningen van de tractus urogenitalis en klachten van het bewegingsapparaat bij vrouwen frequenter te worden gesignaleerd dan bij mannen.

Bij mannen worden met name aandoeningen van de luchtwegen, van de tractus digestivus en traumata vaker waargenomen dan bij vrouwen. Bij de meeste tot dusverre verrichte onderzoeken wordt behalve naar geslacht ook onderscheid gemaakt naar leeftijdsklasse, waarbij leeftijd-geslachtspatronen te onderkennen zijn. Zo onderscheidt Morrell (1970) op grond van onderzoek in een grote Engelse huisartsenpraktijk drie duidelijk naar leeftijd en sexe patroonmatige categorieën aandoeningen.

Op zeer jonge leeftijd en met weinig duidelijke geslachtsverschillen een categorie met acute respiratoire aandoeningen, immuniserende infectieziekten en aandoeningen van ogen en oren.

Een tweede categorie, die juist op latere leeftijd in betekenis toeneemt, wordt gevormd door chronische respiratoire aandoeningen, circulatiestoornissen en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Behalve met betrekking tot de chronische aandoeningen van de luchtwegen welke duidelijk meer bij mannen dan bij vrouwen voorkomen, is er ook bij deze tweede categorie slechts een gering verschil tussen de sexen.

De derde categorie aandoeningen toont volgens Morrell een zeer duidelijke voorkeur voor vrouwelijke patienten in de leeftijdsklassen van 15-64 jaar en is gekenmerkt door een groot aantal verrichtingen: psychische aandoeningen, ziekten van het urogenitaal-apparaat en van de huid en tenslotte allergische en endocrinologische aandoeningen.

In ons onderzoek is een poging gedaan, de gepresenteerde morbiditeit bij een groot aantal huisvrouwen ook naar de aard van de aandoeningen te exploreren.

4.2. FREQUENT GESIGNALEERDE AANDOENINGEN BIJ DE HUISVROUWEN EN HUN MANNEN

Bij de 538 huisvrouwen in ons onderzoek werden 20 aandoeningen geregistreerd, die elk 1% of méér van het totaal aantal gepresenteerde aandoeningen uitmaakten. In tabel 25 zijn deze aandoeningen (c.q. klachten) volgens de classificatie van de E-lijst vermeld.

TABEL 25 GEPRÉSENTIEERDE KLACHTEN EN AANDOENINGEN BIJ 538 HUISVROUWEN IN VOLGORDE VAN FREQUENTIE, INCLUSIEF VERLOSKUNDE EN GEBOORTERELGELING

Codeno E-lijst	Gepresenteerde klacht/aandoening	Aantal abs	Aantal proc
135	psychoneurose*	123	7,4
242	tonsillitis	57	3,5
240	verkoudheid	55	3,3
408	myalgie, enz	45	2,7
313	acute cystitis	43	2,6
176	refractieafwijking	40	2,4
101	adipositas	33	1,9
425	rugpijn	33	1,9
241	verkoudheid met koorts	28	1,7
167	brachialgie	27	1,6
111	hypochrome anaemie	23	1,4
327	irreguliere menstruatie	23	1,4
495	kleine verwonding	22	1,3
335	vaginitis	21	1,3
379	eczeem	21	1,3
187	cerumen	19	1,2
514	orale anticonceptie	92	5,6
352	normale graviditeit	76	4,6
351	normale partus	69	4,2
363	normaal puerperium	74	4,5
	Overige aandoeningen (per aandoening minder dan 1% van het totaal)	730	44,2
	Totaal aantal aandoeningen bij 538 huisvrouwen inclusief verloskunde en anticonceptie	1654	100%

* Zie opmerking tabel 26

In tabel 25 zijn de absolute en procentuele frequenties van deze 20 aandoeningen-inclusief de registratie voor verloskunde en orale anti-conceptie – vermeld.

Psychoneurose (codenummer 135) behaalde het hoogste percentage (7,4%), waarbij opgemerkt dient te worden dat, ten behoeve van de eigen registratie, aan de hoofdcategorie V van de E-lijst een extra codenummer (151) werd toegevoegd (zie opmerking op bijlage II). Het codenummer 135 werd gebruikt voor 'psychoneurose met somatische symptomen' (c.f. de E-lijst) doch codenummer 151 werd gereserveerd voor 'psychoneurose zonder duidelijke somatische klachten'.

Het percentage, dat werd geregistreerd voor deze '151' is in het overzicht van tabel 25 kleiner dan 1% en is daarom niet vermeld.

TABEL 26 GEPRÉSENTEERDE KLACHTEN EN AANDOENINGEN BIJ 538 HUISVROUWEN IN VOLGORDE VAN FREQUENTIE MET UITSLUITING VAN VERLOSKUNDE EN GEBORTE-REGELING

Codeno. E-lijst	Gepresenteerde klacht/aandoening	Aantal abs	Aantal proc
135	psychoneurose*	123	9,8
242	tonsillitis	57	4,6
240	verkoudheid	55	4,5
408	myalgie	45	3,6
313	acute cystitis	43	3,5
176	refractieafwijking	40	3,3
101	adipositas	33	2,6
425	rugpijn	33	2,6
241	verkoudheid met koorts	28	2,2
167	brachialgie	27	2,1
111	hypochrome anaemie	23	1,8
327	irregulaire menstruatie	23	1,8
495	kleine verwonding	22	1,7
335	vaginitis	21	1,6
379	eczeem	21	1,6
187	cerumen	19	1,5
086	asthma	16	1,3
151	psychoneurose**	16	1,3
225	haemorrhoiden	16	1,3
329	climacteriele klachten	16	1,3
218	benigne hypertensie	15	1,2
421	tendovaginitis	15	1,2
286	cholelithiasis	14	1,1
	Overige aandoeningen (per aandoening minder dan 1% van het totaal)	534	42,5
	Totaal aantal aandoeningen bij 538 huis- vrouwen exclusief verloskunde en anti- conceptie	1255	100%

* 135 = psychoneurose met somatische symptomen

** 151 = psychoneurose zonder duidelijke somatische symptomen

Het overzicht van tabel 26, waarbij met betrekking tot het totaal aantal door de huisvrouwen gepresenteerde aandoeningen de verloskunde en de geboorteregeling buiten beschouwing zijn gebleven, toont voor de 'psychoneurose zonder duidelijke somatische symptomen' een percentage van 1,3%. Vooral het overzicht van tabel 26 demonstreert het relatief grote aandeel van psychosomatische stoornissen in het geheel van de morbiditeit ($9,8\% + 1,3\% = 11,1\%$).

In deze tabel 26 komen een aantal minder frequent geregistreerde aandoeningen boven de '1%-drempel' van het totaal: asthmatische aandoeningen, de 'psychoneurose zonder duidelijke somatische symptomen', haemorrhoiden, climacterische klachten, hypertensie, peesaandoeningen en gallijden.

In tabel 25 en 26 komen een aantal aandoeningen niet voor, die in de huisartsenpraktijk overigens frequentesignaleerd worden. Immuni-serende infectieziekten, otitis media, impetigo en dergelijke worden vooral op jonge leeftijd gezien en slechts zelden of niet bij volwassenen waargenomen.

Bij de 538 mannen van de huisvrouwen is de volgorde van frequentie ten aanzien van de meest 'gediagnostiseerde' aandoeningen anders dan bij de huisvrouwen. Opvallend is dat de eerste plaats ingenomen wordt door de 'kleine verwondingen' en dat de psychoneurotische stoornissen op een overigens goede tweede plaats komen. Andere traumatische aandoeningen: corpus-alienum-in-het-oog en distorsies werden bij de mannen vaker signaleerd dan bij hun vrouwen.

Het gehele patroon bij de mannen onderscheidt zich overigens van dat bij de vrouwen. Maagklachten, acute bronchitis, acute gastro-enteritis, lumbago en coronaire aandoeningen werden bij de huisvrouwen minder frequent geregistreerd (tabel 27).

Vergelijking van de tabellen 25, 26 met tabel 27 demonstreert verschillen met betrekking tot de aard van de gepresenteerde aandoeningen tussen de huisvrouwen en hun mannen, die ook tot uiting komen wanneer de geregistreerde afzonderlijke klachten en aandoeningen worden samengevat in een aantal hoofdcategorieën (zie figuur 10 en tabel 28).

Bij de ordening van de geregistreerde klachten en aandoeningen in dit categoriaal, meer schematisch overzicht is uitgegaan van de hoofdingeling van de E-lijst (1.8.). De gediagnostiseerde aandoeningen zijn in een 15-tal categorieën gerangschikt. De hoofdklasse XV ('ziekten van de neonatus') en XVIII (preventie en voorlichting) zijn buiten beschouwing gebleven.

TABEL 27. GEPRESENTEERDE KLACHTEN EN AANDOENINGEN BIJ 538 MANNEN IN VOLGORDE VAN FREQUENTIE

Codeno. E-lijst	Gepresenteerde klacht/aandoening	Aantal abs.	Aantal proc.
495	kleine verwonding	93	8,6
135	psychoneurose*	74	6,8
241	verkoudheid met koorts	72	6,7
240	verkoudheid	58	5,4
408	myalgie	52	4,8
242	tonsillitis	43	3,9
425	rugpijn	40	3,7
176	refractieafwijking	33	3
496	corpus alienum in het oog	29	2,7
294	maagklachten	19	1,8
170	conjunctivitis	18	1,7
187	cerumen	17	1,6
247	acute bronchitis	16	1,5
289	acute gastroenteritis	14	1,3
312	uretersteen	14	1,3
370	furunkel	14	1,3
407	acute lumbago	14	1,3
421	tendovaginitis	14	1,3
406	arthrosis deformans	13	1,2
212	coronairziekten	12	1,1
389	ziekten van talg-zweetklieren	12	1,1
427	overige symptomen van het bewegings- apparaat	11	1
480	distorsies	11	1
	Overige aandoeningen (per aandoening minder dan 1% van het totaal)	693	35,9
	Totaal aantal aandoeningen bij 538 man- nennen	1082	100%

* Zie opmerking tabel 26

Hiervan zijn slechts de codenummers 514 en 523 (betreffende orale anticonceptie respectievelijk andere geboorteregeling) in de registratie en in de bewerking opgenomen.

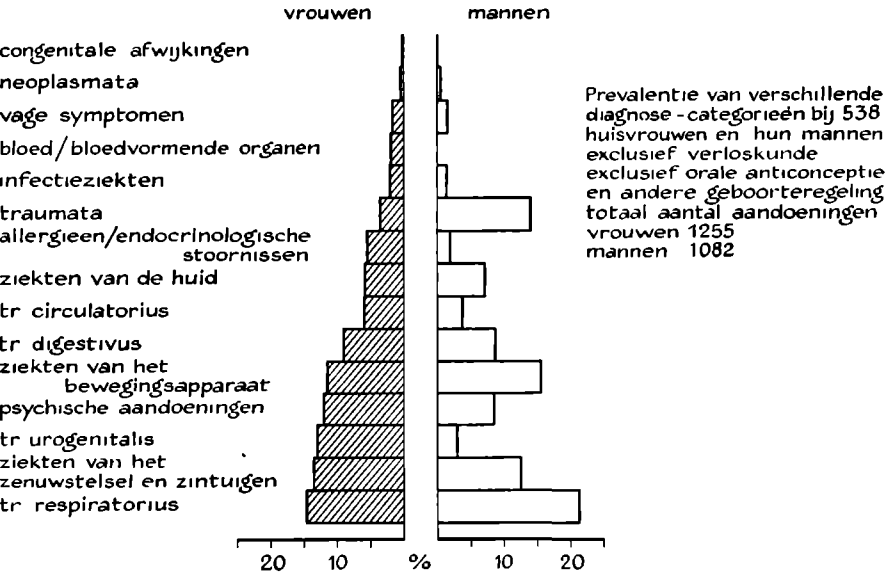
De meest voorkomende klachten en aandoeningen zijn bij de huisvrouwen gevonden binnen de categorieën: aandoeningen van de tractus respiratorius (14,5%), het zenuwstelsel en de zintuigen (13,5%), de tractus urogenitalis (12,9%), de psychische aandoeningen (11,9%) en aandoeningen van het bewegingsapparaat (11,4%) (tabel 28).

Bij de mannen van de huisvrouwen komt de categorie 'aandoeningen van de tractus urogenitalis' niet bij de meest frequente categorieën vóór. Deze plaats wordt bij de mannen ingenomen door de categorie van de traumata met 14% van het totaal aantal aandoeningen bij de mannen. Deze resultaten stemmen vrij goed overeen met hetgeen op grond van andere onderzoeken verwacht kon worden.

Morrell (1970) vermeldt voor mannen en vrouwen tezamen (patiënts consulting rate) voor aandoeningen van de tractus respiratorius circa 25% en voor psychische aandoeningen ongeveer 12%. Voor de tractus digestivus vond hij een ratio van 7,9%, voor huidziekten 6,9% en voor aandoeningen van het bewegingsapparaat 6,9%.

Binnen de leeftijdsklasse van 15-65 jaar waren in het onderzoek van Morrell de vrouwen duidelijk oververtegenwoordigd bij psychische aandoeningen, aandoeningen van het urogenitaal apparaat en in mindere mate bij ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen. Ten aanzien van respiratoire aandoeningen waren de vrouwen enigszins in de meerderheid bij acute ziekten, maar met betrekking tot de chronische respiratoire aandoeningen overwoogen de mannen zózeer, dat voor de gehele categorie der respiratoire aandoeningen de mannen een duidelijk grotere prevalentie toonden dan vrouwen. Morrell vond voor infectieziekten en aandoeningen van het bewegingsapparaat in de genoemde leeftijdsklassen geen verschillen tussen mannen en vrouwen.

Figuur 10 Prevalentie van verschillende diagnose-categorieën bij 538 huisvrouwen en hun mannen



In figuur 10 is de procentuele verdeling voorgesteld van de categorieën aandoeningen bij respectievelijk de 538 huisvrouwen en hun mannen.

De berekening is gebaseerd op het totaal van 1356 geregistreerde aandoeningen bij de huisvrouwen minus 101 gevallen van contrôle voor orale anticonceptie of anderssoortige geboorteregeling. Bij de mannen werd

uitgegaan van het totaal van 1082 door de mannen aan de huisarts gepresenteerde aandoeningen.

Bij de huisvrouwen blijken vooral aandoeningen van de tractus urogenitalis, endocrinologische stoornissen en psychische aandoeningen, alsmede aandoeningen van de tractus circulatorius frequenter te zijn gediagnostiseerd dan bij hun mannen.

De mannen behaalden hogere percentages voor aandoeningen van de luchtwegen, voor de categorie van traumata en voor aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Klachten van het bewegingsapparaat werden zowel bij de huisvrouwen als bij hun mannen relatief frequent gesignaleerd (11,4% respectievelijk 15,6% van het totaal aantal aandoeningen).

Voor de vijf meest frequente categorieën aandoeningen werden de percentages van de huisvrouwen vergeleken met die welke voor hun mannen werden berekend (tabel 28).

TABEL 28. VERDELING VAN DE GEPRÉSENTEERDE AANDOENINGEN BIJ HUISVROUWEN EN HUN MANNEN OVER EEN AANTAL CATEGORIEËN VAN DE E-LIJST

Categorie aandoeningen *excl. verloskunde en anticonceptie	Huisvrouwen* n = 538		Mannen n = 538	
	abs.	proc.	abs.	proc.
Tractus respiratorius	182	14,5	231	21,3
Zenuwstelsel/zintuigen	169	13,5	136	12,6
Tractus urogenitalis	160	12,9	31	2,9
Psychische aandoeningen	148	11,9	92	8,5
Bewegingsapparaat	140	11,4	169	15,6
Traumata	44	3,5	152	14
Overige aandoeningen	412	32,3	271	25,1
Totaal aandoeningen	1255	100	1082	100

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen voor alle aandoeningen-categorieën tezamen: $\chi^2 = 189,15$ $P < 0,0001$.

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen en hun mannen voor elke categorie afzonderlijk:

tr. respiratorius	$\chi^2 = 18,62$	$P < 0,001$
zenuwstelsel/zintuigen	$\chi^2 = 0,34$	$P < 0,57$
tr. urogenitalis	$\chi^2 = 74,32$	$P < 0,001$
psychische aandoeningen	$\chi^2 = 6,47$	$P = 0,01$
bewegingsapparaat	$\chi^2 = 9,70$	$P = 0,002$
traumata	$\chi^2 = 82,68$	$P < 0,001$

De verdeling van de 5 meest frequente categorieën aandoeningen bij de huisvrouwen vertoont (blijkens tabel 28) verschillen met deze verdeling bij de mannen. Deze verschillen zijn statistisch significant.

De afzonderlijke categorieën aandoeningen tonen naar frequentie van vóórkomen (met uitzondering van de categorie 'aandoeningen van het zenuwstelsel en de zintuigen') duidelijke verschillen tussen de huisvrouwen en hun mannen.

Bij de huisvrouwen is de prevalentie van aandoeningen van de tractus urogenitalis en van psychische gezondheidsstoornissen duidelijk groter dan bij de mannen.

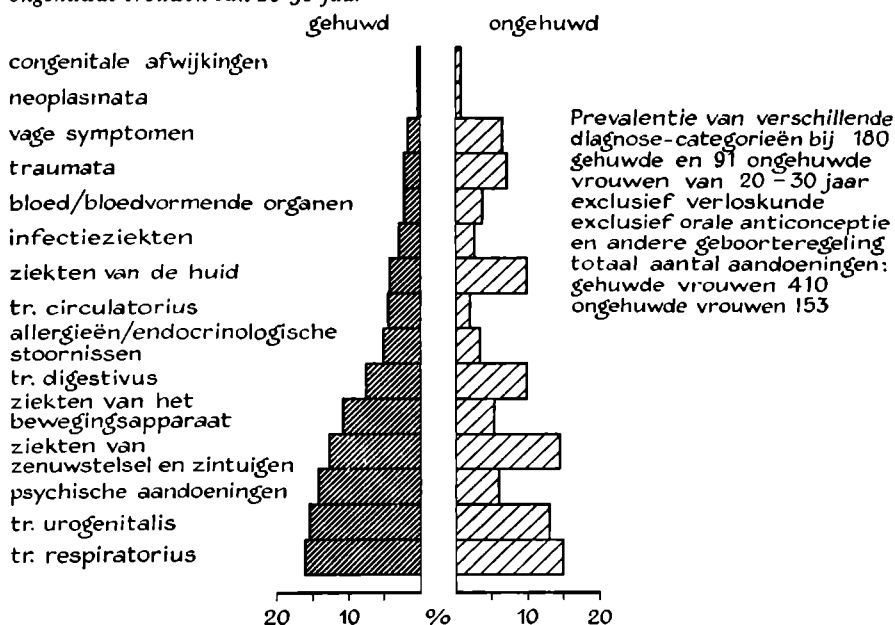
Respiratoire ziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat en vooral ook traumata werden bij de mannen frequenter gediagnostiseerd dan bij de huisvrouwen.

Bij deze gegevens dient wel opgemerkt te worden, dat frequenties van aandoeningen worden vergeleken. Enkele patiënten, met veel aandoeningen binnen een bepaalde categorie aandoeningen, beïnvloeden de cijfers van de desbetreffende populatie patiënten relatief sterk. Een en ander geldt echter evenzeer voor de huisvrouwen als voor hun mannen.

4.3. AANDOENINGEN BIJ HUISVROUWEN EN ONGEHUWDE VROUWEN

Evenals bij het getal der verrichtingen (3.2.3.) en bij het getal der aandoeningen (3.3.4.) zijn tussen de huisvrouwen en ongehuwde vrouwen verschillen aantoonbaar ten aanzien van de aard van de gepresenteerde aandoeningen.

Figuur 11. Prevalentie van verschillende diagnose-categorieën bij 180 gehuwde en 91 ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar



Van de 91 ongehuwde vrouwen uit de leeftijdsklasse van 20-30 jaar (2.4.6.) zijn in figuur 11 de procentuele frequenties van de onderscheiden categorieën aandoeningen gerelateerd aan de frequenties zoals deze zijn berekend voor de 180 jonge huisvrouwen.

Uit figuur 11 blijkt, dat bij de jonge huisvrouwen dezelfde 5 categorieën als bij de totale populatie huisvrouwen het meest frequent voorkomen. De volgorde van frequentie is weliswaar iets gewijzigd, waar de aandoeningen van de tractus urogenitalis nu op de tweede (15,4%) en de aandoeningen van het zenuwstelsel en de zintuigen op de vierde plaats (12,7%) komen. De categorie van de psychische stoornissen vertoont bij de jonge huisvrouwen een grotere prevalentie dan voor alle huisvrouwen tezamen (14,2% respectievelijk 11,9%, zie tabel 29 en tabel 28).

Bij de ongehuwde vrouwen is de volgorde voor alle categorieën geheel anders. De categorie 'tractus urogenitalis' is bij de ongehuwde vrouwen hoog vertegenwoordigd (13%). Dit is te verklaren door de relatief hoge frequentie van de aandoeningen 'dysmenorrhoea' (3,3%) en 'irregulaire menstruatie' (5,9%) welke tezamen 9,2% van de aandoeningen bij de ongehuwde vrouwen uitmaken (tabel 31). Bij de jonge huisvrouwen is dit percentage veel lager, daar de klacht 'irregulaire menstruatie' bij deze vrouwen 3,4% behaalde, terwijl 'dysmenorrhoe' nauwelijks gesignaleerd is (<1%, tabel 30). Aandoeningen van het bewegingsapparaat, van de tractus respiratorius en vooral psychische stoornissen zijn bij de jonge huisvrouwen frequenter waargenomen dan bij de ongehuwde vrouwen.

Ook de categorieën 'aandoeningen van de tractus circulatorius' en 'endocriene stoornissen' zijn bij de huisvrouwen hoger vertegenwoordigd dan bij de ongehuwde vrouwen.

Merkwaardigerwijze zijn er méér aandoeningen van het zenuwstelsel en de zintuigen geregistreerd bij de ongehuwde vrouwen dan bij de huisvrouwen (14,4% respectievelijk 12,7%). De refractie-afwijkingen zijn volgens de E-lijst bij deze categorie in te delen. De ongehuwde vrouwen behaalden voor deze aandoening 5,3% (tabel 31), de huisvrouwen echter 3,2% (tabel 30). Bij verrekening van dit gegeven, i.c. het uitsluiten van de refractieafwijkingen verschuift het overwicht voor de categorie 'zenuwstelsel en zintuigen' naar de huisvrouwen.

In tabel 29 zijn de meest frequent vóórkomende aandoeningscategorieën van de jonge huisvrouwen gerelateerd aan de percentages die voor de ongehuwde vrouwen werden berekend. De verdeling naar frequentie van vóórkomen vertoont verschillen tussen de huisvrouwen en de ongehuwde vrouwen.*

* χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen en ongehuwde vrouwen voor alle aandoeningen-categorieën tezamen:
 $\chi^2 = 18,31$ $P < 0,003$.

Met betrekking tot het onderscheid tussen de huisvrouwen en de ongehuwde vrouwen voor elke afzonderlijke categorie aandoeningen, kan slechts voor de categorie 'psychische aandoeningen' van een duidelijk verschil gesproken worden. *

TABEL 29. VERDELING VAN DE GEPRESENTEERDE AANDOENINGEN BIJ DE HUISVROUWEN VAN 20-30 JAAR EN ONGEHUWDE VROUWEN VAN 20-30 JAAR OVER EEN AANTAL CATEGORIEËN VAN DE E-LIJST

Categorie aandoeningen	Huisvrouwen 20-30 jaar		Ongehuwde vrouwen 20-30 jaar	
	n = 180		n = 91	
	abs.	proc.	abs.	proc.
Exclusief verloskunde en anticonceptie				
Tractus respiratorius	66	16,1	23	14,9
Zenuwstelsel/zintuigen	63	15,4	20	13
Tractus urogenitalis	52	12,7	22	14,4
Psychische aandoeningen	58	14,2	9	6
Bewegingsapparaat	44	10,8	8	5,3
Overige aandoeningen	127	30,8	71	46,4
Totaal aandoeningen	410	100	153	100

Met alle restricties, die door de onvermijdelijke beperking bij de 'vergelijking' van de gehuwde met ongehuwde vrouwen zijn opgelegd (1.5.), wijzen de resultaten van het onderzoek op het bestaan van een apart patroon van de morbiditeit bij de huisvrouw.

Behalve de in hoofdstuk 3 signaleerde kwantitatieve verschillen zijn er waarneembare verschillen ten aanzien van het kwalitatieve aspect van de gepresenteerde morbiditeit bij de huisvrouwen ten opzichte van de ongehuwde vrouwen uit de onderzoekpopulatie.

Enkele afzonderlijke aandoeningen vallen op door de hoge frequentie van vóórkomen. Binnen de categorie van de psychische aandoeningen is dit het geval met de psychoneurotische stoornissen (E-lijst code 135). Zowel bij de huisvrouwen als bij hun mannen werd deze aandoening frequent geregistreerd (9,8% respectievelijk 6,8% van het totaal aantal aandoeningen, zie tabel 26 en 27).

Ook ten aanzien van de afzonderlijke aandoeningen zijn verschillen te constateren bij vergelijking van de gepresenteerde morbiditeit van een aantal jonge huisvrouwen met die van ongehuwde vrouwen van dezelfde leeftijd (tabel 30 en tabel 31).

* Toetsing voor het verschil tussen de huisvrouwen en de ongehuwde vrouwen voor elke categorie aandoeningen afzonderlijk:

tr. respiratorius	$\chi^2 = 0,09$	$P < 0,77$
zenuwstelsel/zintuigen	$\chi^2 = 0,30$	$P = 0,59$
tr. urogenitalis	$\chi^2 = 0,15$	$P = 0,69$
psychische aandoeningen	$\chi^2 = 6,49$	$P < 0,02$
bewegingsapparaat	$\chi^2 = 3,40$	$P = 0,06$

TABEL 30 GEPRESENTEERDE KLACHTEN EN AANDOENINGEN BIJ 180 HUISVROUWEN IN DE LEEFTIJD SKLASSE VAN 20-30 JAAR, EXCLUSIEF VERLOSKUNDE EN ANTICONCEPTIEF IN VOLGORDE VAN FREQUENTIE, EXCLUSIEF VERLOSKUNDE EN GEBOORTEREGLING

Codeno E-lijst	Gepresenteerde klacht/aandoening	Aantal abs.	Aantal proc.
135	psychoneurose*	52	12,7
242	tonsillitis	25	6
313	acute cystitis	16	3,9
408	myalgie	16	3,9
240	verkoudheid	15	3,7
327	irregulære menstruatie	14	3,4
176	refractieafwijking	13	3,2
241	griepje	13	3,2
335	vaginitis	11	2,7
425	rugpijn	10	2,4
111	anaemie	9	2,2
086	asthma	8	1,9
101	adipositas	7	1,7
225	haemorrhoiden	7	1,7
167	brachialgie	6	1,5
187	cerumen	6	1,5
328	menorrhagie	6	1,5
131	hysterie	2	0,5
200	duizeligheid	5	1,2
276	aandoening mond	5	1,2
294	maagklachten	5	1,2
421	tendovaginitis	5	1,2
	Overige aandoeningen (per aandoening minder dan 1% van het totaal)	154	37,6
	Totaal aantal aandoeningen bij 180 huisvrouwen 20-30 jaar, exclusief verlos- kunde en anticonceptie	410	100%

* Zie opmerking tabel 26

In tabel 30 zijn in volgorde van frequentie die afzonderlijke aandoeningen en klachten vermeld, die in 1% of méér van het totaal aantal gepresenteerde aandoeningen werden geregistreerd voor 180 huisvrouwen van 20-30 jaar.

Omwille van de relatering van deze cijfers aan de resultaten van de registratie bij 91 ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar, zijn in de overzichten van tabel 30 en 31 de verloskunde en de geboorteregeling niet in het totaalcijfer opgenomen. De ongehuwde vrouwen vertonen een grote spreiding over de mogelijke diagnosenummers (tabel 31).

TABEL 31. GEPRÉSENTEERDE KLACHTEN EN AANDOENINGEN BIJ 91 ONGEHUWDE VROUWEN VAN 20-30 JAAR IN VOLGORDE VAN FREQUENTIE, EXCLUSIEF VERLOSKUNDE EN GEBOORTEREGELING

Codeno. E-lijst	Gepresenteerde klacht/aandoening	Aantal abs.	Aantal proc.
327	irregulaire menstruatie	9	5,9
176	refractieafwijking	8	5,3
453	hoofdpijn	8	5,3
135	psychoneurose*	7	4,7
242	tonsillitis	6	3,9
241	griepje	5	3,3
306	buikpijn	5	3,3
325	dysmenorrhoea	5	3,3
335	vaginitis	4	2,6
240	verkoudheid	4	2,6
379	eczeem	4	2,6
480	distorsie	4	2,6
111	anaemie	3	1,9
182	otitis externa	3	1,9
187	cerumen	3	1,9
267	hoesten	3	1,9
289	acute gastro-enteritis	3	1,9
313	acute cystitis	3	1,9
001	tuberculose	2	1,3
087	allergie	2	1,3
167	brachialgie	2	1,3
170	conjunctivitis	2	1,3
276	aandoeningen mond	2	1,3
282	appendicitis	2	1,3
305	appendiculair pijn	2	1,3
328	menorrhagie	2	1,3
344	'overige' tractus urogenitalis	2	1,3
371	panaritium	2	1,3
376	verrucae	2	1,3
389	aandoeningen talg-zweetklieren	2	1,3
395	erythemat. aandoeningen	2	1,3
413	pedes plani	2	1,3
454	moe/slap	2	1,3
481	commotio cerebri	2	1,3
486	verbranding tweede graad	2	1,3
496	corpus alienum oog	2	1,3
	Overige aandoeningen (per aandoening minder dan 1% van het totaal)	30	19,8
	Totaal aantal aandoeningen bij 91 onge- huwde vrouwen, exclusief verloskunde en anti-conceptie	153	100%

* Zie opmerking tabel 26.

Psychoneurose werd bij de jonge huisvrouwen (12,7%) frequent ge-
signaleerd. Tonsillitis werd bij de jonge huisvrouwen relatief vaker waar-
genomen dan bij de andere huisvrouwen en bij de ongehuwde vrouwen.

De diagnose cystitis werd bij de jonge huisvrouwen nagenoeg even frequent gesteld als bij de totale populatie huisvrouwen. Bij de ongehuwde vrouwen werd cystitis evenals verkoudheid minder vaak waargenomen dan bij de gehuwde vrouwen. Myalgie kwam bij de ongehuwde vrouwen in minder dan 1% van de gevallen voor.

Het patroon bij de ongehuwde vrouwen wijkt blijkens de gegevens van tabel 31 af van het frequentie-spectrum bij de jonge huisvrouwen. Hoofdpijn (5,3%) werd relatief frequentesignaleerd. Hoofdpijn is dikwijls een vaag symptoom en niet zelden als psychogeen te duiden. Misschien dient deze 'diagnose' geheel of gedeeltelijk bij de psychoneurose (4,7%) gerekend te worden. De jonge huisvrouwen hebben ook dan een hoger percentage met betrekking tot deze laatste aandoening (12,7%). Zoals reeds is opgemerkt, kwam dysmenorrhoea bij de huisvrouwen niet voor op de lijst van min of meer frequente aandoeningen. De ongehuwde vrouwen onderscheiden zich in de frequentie van vóórkomen van dysmenorrhoea (3,3%) en andere menstruatiestoornissen van de huisvrouwen.

De grote spreiding van aandoeningen en klachten over de betrekkelijk kleine categorie van jonge ongehuwde vrouwen, waarvan reeds werd vastgesteld dat zij relatief minder aandoeningen en klachten presenteren (3.3.4) dan een vergelijkbare populatie huisvrouwen, laat ten aanzien van de afzonderlijke klachten en aandoeningen geen verdere conclusies toe.

Ons onderzoek omvat slechts een beperkte categorie patiënten, selectief naar leeftijd en praktijk. Men kan evenwel veronderstellen, dat verschillen in de kwaliteit van het morbiditeitspatroon – tussen gehuwde en ongehuwde vrouwen – zullen blijven optreden bij (meer representatief) onderzoek in een aantal huisartsenpraktijken en over alle leeftijdsklassen.

4.4. VERLOSKUNDIGE AANDOENINGEN

In hoofdstuk 3 paragraaf 5 werden enige kwantitatieve gegevens vermeld met betrekking tot de verloskundige hulp bij 114 van de 538 huisvrouwen.

Bij de 298 verloskundige aandoeningen was er bij 15 patiënten sprake van een pathologische bevinding, waarvoor verwijzing naar een specialist-obstetricus noodzakelijk werd geacht. Van deze 15 patiënten bevielen 9 patiënten klinisch onder leiding van een specialist.

In tabel 32 wordt een overzicht gegeven van de verloskunde, onderscheiden naar normale en pathologische bevindingen, alsmede naar bevalling thuis of in een kliniek.

Bij de ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar zijn drie patiënten voor verloskundige hulp (3.3.4.) onder behandeling van de huisarts geweest. Een van deze patiënten beviel in de eerste week van de onderzoekperiode. Voor

TABEL 32 VERLOSKUNDE GEDURENDE DE ONDERZOEKPERIODE, PATHOLOGIE, VERWIJZINGEN EN OPNAMES

	Niet verwezen	Verlos- kundige	Obstetricus	Thuis bevallen	In kliniek bevallen
Normale graviditeit/ partus	64	5*	—	64	5*
Pyelitis gravidarum			I		
Hyperemesis			I		
Diabetes mellitus			I		I
Longlijden			I		I
Toxicose			2		I
Gemelli	I			I	
Serotiniteit			2		2
Stuithgging	2		2	2	I
Dwarshgging			I		I
Placenta praevia			I		I
Dood kind			I		I
Fluxus post partum			I**		
Retentio placentae			I**		
	67	5	15	67	14

* In kliniek o.l.v. verloskundige
 ** Post partum verwezen en opgenomen in kliniek

N.B. 4 patiënten die werden verwezen
 zijn niet tijdens de onderzoeksperiode bevallen.

haar werden 6 verloskundige verrichtingen en 2 verloskundige 'aandoeningen' genoteerd.

De andere twee patiënten waren bij het begin van de onderzoeksperiode onder postnatale zorg, respectievelijk tegen het einde van het onderzoeksjaar onder prenatale zorg.

4.5. VERWIJZING EN OPNAME

Zoals reeds in hoofdstuk 3 paragraaf 6 werd vermeld, is circa 12% van de geregistreerde aandoeningen naar een specialist verwezen. Gezien de spreiding van alle verwijzingen over een grote variëteit van aandoeningen heeft het geen zin alle verwijzingen naar de aard van de aandoening en naar specialist te onderscheiden. Het onderhavige onderzoek is niet opgezet als een praktijkanalytische studie (3.1.), reden waarom volstaan wordt met een overzicht van de verwijzingen betreffende die aandoeningen, waarvoor tenminste driemaal een verwijzing gedurende de periode van onderzoek plaats vond (tabel 33).

Voor de oogarts blijken de meeste verwijzingen te zijn genoteerd (vgl. ook 3.4).

De oogarts is waarschijnlijk de enige specialist, die een groot deel van de aan de huisarts bekende morbiditeit op zijn terrein onder ogen krijgt.

Met uitzondering van de internist en de chirurg, en bij de vrouwen de

TABEL 33 AANDOENINGEN WAARVOOR BIJ VROUWEN EN MANNEN TEZAMEN TENMINSTE 3 KEER EEN VERWIJZING PLAATSVOND (EXCLUSIEF VERLOSKUNDE)

Aandoeningen	Vrouwen	Mannen	Specialisten
Gynaecologische aandoeningen	32		gynaecoloog
Refractieafwijkingen	37	28	oogarts
Asthma	5	2	longarts
Gallijden	3	—	internist
Peesaandoeningen	3	2	chirurg
Eczeem	3	1	dermatoloog
Psychoneurose	3	4	internist
Depressie	3	—	psychiater
Ulcus duodeni	1	6	internist
Uretersteen	—	6	uroloog
Coronair lijden	—	7	cardioloog
Traumata	—	5	chirurg
Arthrosis deformans	—	3	orthopaed
Hoofdpijnlachten	—	3	neuroloog
Bronchitis chronica	—	3	longarts
Totaal $\geq 3 \times$ verwezen:	90	+ 70 =	160 aandoeningen

gynaecoloog, bleef de horizon van de meeste specialisten beperkt tot het bovenste topje van de ijsberg van de gepresenteerde morbiditeit.

Zoals opgemerkt in hoofdstuk 3.4. volgde voor circa 2,5% van de aandoeningen, die aan de huisarts werden gepresenteerd, (na verwijzing) opname in het ziekenhuis. De verloskunde is hierbij niet inbegrepen. De opnames zijn over een groot aantal specialisten en een groot aantal aandoeningen verdeeld.

Behalve bij de gynaecoloog-obstetricus (9 patiënten/aandoeningen) zijn slechts bij de chirurg (12 aandoeningen), de internist (12 aandoeningen) en de neuroloog (6 aandoeningen) méér dan 5 aandoeningen in de kliniek behandeld. In drie gevallen betrof het twee of meer aandoeningen bij een en dezelfde patiënt.

Exclusief de verloskunde werden bij de huisvrouwen 154 verwijzingen geregistreerd en 28 opnames. In tabel 24 werd een en ander vergeleken met de cijfers, die voor de mannen werden genoteerd.

Bij de ongehuwde vrouwen van 20-30 jaar werd voor 32 aandoeningen (20,5%) verwezen en volgde voor 3 aandoeningen (1,9%) opname in het ziekenhuis.

4.6. *Samenvattend* blijkt uit de resultaten van ons onderzoek, dat de huisvrouwen van de onderzoekpopulatie ten aanzien van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit een ander spectrum van aandoeningen en klachten vertonen dan hun mannen.

Het onderscheid kenmerkt zich vooral door het bij de huisvrouwen relatief frequent vóórkomen van psychische stoornissen, aandoeningen van de tractus urogenitalis, de tractus circulatorius en van allergische en endocrinologische aandoeningen. Traumata, aandoeningen van de luchtwegen en ook aandoeningen van het bewegingsapparaat werden bij de mannen vaker gesignaleerd dan bij de huisvrouwen.

De relatering van de gepresenteerde morbiditeit bij de huisvrouwen aan die bij ongehuwde vrouwen levert resultaten op, waarbij duidelijke verschillen optreden ten aanzien van psychische stoornissen. Deze kwamen bij jonge huisvrouwen frequenter voor dan bij een vergelijkbare categorie ongehuwde vrouwen.

De verdeling van de vijf meest frequent geregistreerde categorieën aandoeningen bij de huisvrouwen is verschillend van deze verdeling bij de mannen.

Ook bij de jonge huisvrouwen is deze vergelijking afwijkend van die bij de ongehuwde vrouwen en bereikt dat verschil een statistisch significant niveau.

5 DE GEZINSSITUATIE EN DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT BIJ DE HUISVROUWEN

5.1. DE GEZINSSITUATIE

Zoals reeds in hoofdstuk 1 paragraaf 5 is opgemerkt, is de gezinssituatie slechts te omschrijven aan de hand van een aantal sociaal-situatieve factoren. Een aantal van deze variabele factoren is objectief te noemen, dat wil zeggen, het zijn 'harde' gegevens. Anders dan bij deze (ook wel te noemen) 'primaire' factoren is de waardering van 'secundaire', dat wil zeggen 'zachte' gegevens altijd gecontamineerd met enige subjectiviteit.

Secundaire factoren als de kwaliteit van de woning, de sociale laag van het gezin, de sociale integratie van het gezin zijn nog steeds moeilijk meetbare variabelen. Bij een evaluatie van de gezinssituatie kunnen deze echter niet buiten beschouwing blijven.

De materie wordt nog gecompliceerder, wanneer men de aandacht niet voorbij wil laten gaan aan het feit, dat sociale situatie en persoonlijkheid geïntercorreleerd zijn: 'individual and group are reciprocal and interdependent' (Ackerman, 1958).

Wanneer men de gezinssituatie tracht te evalueren en te relateren aan bijvoorbeeld gezondheid en ziekte van de huisvrouw, dan kan met een variatie op een uitspraak van Ackerman gesteld worden, dat 'the proper unit of study cannot be the family alone, but must be the person-family environment as an integrated unit'.

Elk onderzoek heeft evenwel zijn beperkingen. Volgens Cooper (Inl. 5.) is de registratie van de gepresenteerde morbiditeit een eerste stap, die volgens Pflanz met een beperkt aantal aspecten van het milieu in relatie gebracht mag worden in de wetenschap, dat men niet alles tegelijk kan onderzoeken en toch ergens een begin moet maken.

5.2. SOCIAAL-SITUATIEVE FACTOREN EN GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT

In dit hoofdstuk zal getracht worden enig inzicht te verkrijgen in de mogelijke samenhang van een aantal aspecten van de gezinssituatie enerzijds met de aangeboden en geregistreerde morbiditeit anderzijds. Ten aanzien van de factoren uit de gezinssituatie, die voor ons onderzoek

toegankelijk waren, is de indeling benut zoals beschreven in hoofdstuk 1, paragraaf 4.

Twee 'harde' gegevens, primaire factoren, zijn in de hoofdstukken 3 en 4 aan de orde geweest: het geslacht en de burgerlijke staat.

De 538 huisvrouwen bleken meer verrichtingen en ook meer aandoeningen gepresenteerd te hebben dan hun mannen. Alhoewel met betrekking tot het al-of-niet-gehuwd-zijn ons onderzoek helaas beperkt moest blijven tot de leeftijdsklasse van 20-30 jaar (2.4.6.), bleken verschillen aantoonbaar tussen deze jonge huisvrouwen en hun ongehuwde vrouwelijke leeftijdgenoten.

Ten aanzien van de aard van de geregistreerde aandoeningen werd bij de huisvrouwen een morbiditeitspatroon gevonden, dat zich onderscheidt van het spectrum van klachten en aandoeningen bij hun mannen en bij een aantal ongehuwde vrouwen (4.6.).

De gesignaleerde discrepantie in gepresenteerde morbiditeit tussen de gehuwde en ongehuwde vrouwen kan door verschillende factoren worden veroorzaakt. Alvorens twee categorieën vrouwen ten aanzien van het ene criterium van 'al-of niet-gehuwd-zijn' met elkaar kunnen worden vergeleken, dienen deze categorieën om te beginnen op velerlei variabele factoren te worden gelijkgeschakeld. Elke mogelijke factor, gelegen hetzij in de persoonlijkheid van de vrouw, hetzij in het milieu externe kan immers een specifieke invloed op de morbiditeit van de huisvrouw uitoefenen.

Hier zij herhaald hetgeen in de inleiding werd opgemerkt, dat met betrekking tot de relevantie van milieufactoren zowel als ten aanzien van de betekenis van persoonlijkheidskenmerken voor het ontstaan van ziekte of het bestaan van gezondheid nog te weinig bekend is. Het door ons uitgevoerde onderzoek zal slechts enkele aspecten van de gezinssituatie kunnen belichten voorzover deze van betekenis zijn voor de morbiditeit van de huisvrouw.

Aandoeningscijfers zijn meer dan verrichtingscijfers geschikt om het patroon van ziekten in een bepaalde populatie te evalueren. Het al-of-niet presenteren van een aandoening is binnen die populatie minder afhankelijk van de attitude van de arts dan het aantal verrichtingen, dat door die arts aan die aandoening besteed wordt.

Zoals in hoofdstuk 3, paragraaf 1 werd opgemerkt, is echter bij een onderzoek in één huisartsenpraktijk door één en dezelfde onderzoeker deze attitude een constant gegeven. Het verrichtingsgetal is bijgevolg even afhankelijk van de attitude van de patiënt als het presenteren van de aandoening op zich. Daarom is ons inziens het verrichtingsgetal een bruikbare maat voor de belasting, welke de patiënt tengevolge van een stoornis in de gezondheid ondervindt.

Het getal der verrichtingen kan daarom als uitgangspunt dienen bij de bestudering van de mogelijke samenhang van de aangeboden morbiditeit met een aantal milieu-situatieve factoren.

5.3. RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK NAAR DE SAMENHANG VAN ENKELE MILIEUFACTOREN MET DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT

De 538 huisvrouwen werden gerangschikt naar het aantal verrichtingen gedurende de periode van onderzoek. Gezien de omstandigheid dat de verdeling van de aantallen verrichtingen in enkele categorieën, zoals bijvoorbeeld in hoofdstuk 3 is geschied, altijd arbitrair is, vormt de dichotomie naar het statistische gegeven van de mediaan de meest aanvaardbare oplossing.

Alle huisvrouwen werden zodoende geklasseerd in een categorie met 'veel' verrichtingen, dat wil zeggen met een aantal verrichtingen boven de waarde van de mediaan en een categorie met weinig verrichtingen, dit is met een aantal verrichtingen beneden de waarde van de mediaan. De twee zodoende verkregen categorieën huisvrouwen vormden het uitgangspunt bij het in relatie brengen van de gepresenteerde morbiditeit met een aantal primaire en secundaire milieugegevens. Opgemerkt moet worden dat de verloskunde hierbij buiten beschouwing is gelaten.

5.3.1. *De milieufactoren*, die bij het onderzoek werden betrokken zijn achtereenvolgens:

- a – de plaats van vestiging: stad of omgeving
- b – de opgegeven godsdienst of levensbeschouwing
- c – de leeftijd van de huisvrouw
- d – de duur van het huwelijk
- e – het aantal kinderen per gezin
- f – de wijze van verzekering tegen het risico van ziekte
- g – de huisvesting: al of niet zelfstandig gehuisvest
- h – het lidmaatschap van de kruisvereniging: wel of niet lid
- j – de sociale laag van het gezin
- k – de graad van maatschappelijkheid van het gezin
- l – de kwaliteit van de woning

Een afgeleid gegeven (m), dat eveneens werd gerelateerd aan het verrichtingscijfer van de huisvrouwen, is het 'gemiddeld aantal verrichtingen per kind'.

Dit gemiddelde werd verkregen door per gezin het totaal aantal verrichtingen ten behoeve van de kinderen in het gezin te delen door het aantal (aanwezige) kinderen in het gezin.

5.3.2. In deze paragraaf zijn de *onderzoekresultaten* vermeld met betrekking tot de relatie tussen de bij de huisvrouwen geregistreeerde morbiditeit in verrichtingen en de bovenvermelde sociaal-situatieve factoren.

a. Plaats van vestiging

De resultaten van ons onderzoek vertonen geen samenhang tussen het aantal verrichtingen bij de huisvrouwen en de plaats van vestiging van het gezin (tabel 34).

TABEL 34. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR PLAATS VAN VESTIGING EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Stad	216	215	431	50,1	49,9	100
Omgeving	53	54	107	49,5	50,4	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen in de stad en de huisvrouwen in de omgeving naar het aantal verrichtingen: $\chi^2 = 0,00$ $P = 1,00$.

Oliemans (1969) concludeerde op grond van de resultaten van het I.M.O. (Intermitterend Morbiditeits Onderzoek), een morbiditeitsonderzoek in een 52-tal Nederlandse huisartsenpraktijken, dat de vrouwelijke grote-stadsbevolking de huisarts zeer frequent consulteert.

De 'stad' in ons praktijkgebied is een kleine stad en hoewel sterk verstedelijkt, zeker niet te vergelijken met een groot-stad. In het onderzoek van Oliemans werd voor de kleine-stadsbevolking een lagere consultation-rate gevonden dan voor de bevolking van grote steden en van het platteland.

Uit de cijfers van tabel 34 blijkt, dat er in ons onderzoek geen verschil bestaat met betrekking tot de hoogte van het verrichtingsgetal tussen de de huisvrouwen in de stad en die in de omgeving. Onze uitkomst levert enige steun aan de conclusie van Oliemans, dat de 'heersende opvatting dat bij de plattelandsbevolking de laagste consultation-rate zou worden gevonden' niet in overeenstemming met de feiten is.

b. Godsdienst en levensbeschouwing

De godsdienst van het echtpaar bleek in ons onderzoek geen samenhang te vertonen met de gepresenteerde morbiditeit van de huisvrouw.

In dit verband werd uitgegaan van twee categorieën, respectievelijk: 'beide echtelieden Rooms-Katholiek' en 'anders'.

Zoals in hoofdstuk 2 paragraaf 4.3. werd vermeld, is de praktijkbe-

volking overwegend de Rooms-katholieke godsdienst toegedaan. De overige godsdiensten en levensbeschouwingen vormen slechts tezamen een voldoende grote categorie voor een vergelijking.

De omstandigheid, dat deze vrij grove indeling geen recht doet aan de grote variëteit van mogelijkheden ten aanzien van de godsdienstige overtuiging of levensbeschouwing, noopt tot voorzichtige interpretatie van het gevonden resultaat (tabel 35).

TABEL 35. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR DE GODSDIENST VAN HET ECHTPAAR EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Beide echtelieden						
Rooms-Katholiek	196	194	390	50,3	49,7	100
'Anders'	73	75	148	49,3	50,7	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen Rooms-Katholieke en niet-Rooms-Katholieke echtparen naar het aantal verrichtingen bij de vrouw:

$\chi^2 = 0,009$ $P = 0,92$.

c. De leeftijd van de huisvrouw

De leeftijd van de huisvrouw toonde daarentegen een duidelijke samenhang met het getal der verrichtingen. De indeling in een aantal leeftijdsklassen is immer arbitrair. Uitgaande van de eerder beschreven leeftijdsklasse van 20-30 jaar (2.4.6.) zijn als volgende twee categorieën gekozen de leeftijdsklassen van 30-40 jaar en die van 40-55 jaar (tabel 36).

TABEL 36. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR LEEFTIJD EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
20-30 jaar	105	76	181	58,1	41,9	100
30-40 jaar	87	83	170	51,2	48,8	100
40-55 jaar	77	110	187	41,2	58,8	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen van drie leeftijdsklassen naar het aantal verrichtingen:

$\chi^2 = 10,56$. $P < 0,006$.

Brenkman (1963) relateerde het getal der gepresenteerde aandoeningen aan de leeftijd en kwam tot de conclusie, dat bij de vrouwen in zijn onderzoek vooral in de leeftijdscategorie van 15-55 jaar een consistente stijging

van het aantal aandoeningen met de leeftijd was waar te nemen. Bij de mannen was zulks niet het geval.

Morrell, Gage en Robinson (1970) vonden bij een onderzoek in een grote huisartsenpraktijk in Londen een met de leeftijd toenemend groter aantal verrichtingen en aandoeningen bij vrouwen dan bij mannen.

De cijfers uit ons onderzoek hebben betrekking op verrichtingen, maar de tendens is dezelfde.

d. Huwelijksduur

In een publicatie betreffende een uitgebreid literatuuronderzoek naar de samenhang tussen de huwelijksfase enerzijds en de huwelijksatisfactie anderzijds concluderen Rollins en Feldman (1970), dat vooral huisvrouwen (huismoeders) een verlaagde satisfactie vertonen rond de tweede huwelijksfase. Zij veronderstellen, dat een en ander wel zou kunnen samenhangen met de opvoedingstaak, die voor de huismoeders meer belastend is dan voor hun mannen.

Overigens wordt bij dit refereren van sociologische bevindingen en veronderstellingen gezinspeeld op een mogelijk verband tussen huwelijksatisfactie en ziekte of ziektegedrag.

Karen Renne (1970) vond in een enquête-onderzoek bij een representatieve steekproef van de bevolking in Californië aanwijzingen voor een positieve correlatie tussen de huwelijksatisfactie en de subjectieve gezondheidsbeleving.

De uitkomsten van ons onderzoek wijzen op een samenhang tussen de duur van het huwelijk en het aantal verrichtingen bij de huisvrouw. In tabel 37 zijn vier huwelijksperiodes (zie: hoofdstuk 2 paragraaf 5.6.) gerelateerd aan het aantal verrichtingen van de huisvrouwen.

TABEL 37. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR 4 HUWELIJKSPERIODEN EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
0- 8 jaar gehuwd	158	108	266	59,4	40,6	100
8-16 jaar gehuwd	55	83	138	39,9	60,1	100
16-25 jaar gehuwd	44	53	97	45,5	54,5	100
25 en méér jaren gehuwd	12	25	37	32,4	67,6	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen de vier huwelijksperiodes naar het aantal verrichtingen van de huisvrouwen:

$\chi^2 = 20,48 \quad P = 0,0002$

Uit de cijfers van tabel 37 blijkt, dat vooral in de tweede periode van het huwelijk (8-16 jaar gehuwd) voor relatief veel huisvrouwen veel ver-

richtingen zijn geregistreerd. De stijging na het zevende huwelijksjaar is interessant en vindt misschien zijn oorzaak in de toenemende belasting van de huisvrouwen in het gezin. Dit is slechts een veronderstelling, die evenwel op grond van sociologische onderzoeken aanvaardbaar is.

e. Aantal kinderen

Brenkman vond in zijn onderzoek, dat het gemiddeld aantal aandoeningen bij grotere gezinnen kleiner was dan bij kleine gezinnen. De gegevens uit zijn onderzoek hebben betrekking op alle gezinsleden. Brenkman wijst op de elkaar tegengesteld beïnvloedende factoren van de gezinsgrootte en de grootte van de woning. Bij vrouwen bleek de gezinsgrootte een duidelijker samenhang met de gepresenteerde morbiditeit te vertonen dan de grootte van de woning. Bij mannen was het omgekeerde het geval. Het aantal kinderen dat de huisvrouw te verzorgen heeft is van invloed op haar belasting en daardoor te beschouwen als een min of meer praedisponerende factor voor een eventueel decompenseren van het evenwicht van haar gezondheid. De huisvrouwen uit ons onderzoek vertonen een toenemend aantal verrichtingen met het aantal kinderen dat zij te verzorgen hebben (tabel 38).

TABEL 38. VERDELING VAN HET AANTAL HUISVROUWEN NAAR HET AANTAL KINDEREN EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
0 kinderen	37	20	57	64,9	35,1	100
1 kind	68	53	121	56,2	43,8	100
2 kinderen	79	68	147	53,7	46,3	100
3 kinderen	36	59	95	37,9	62,1	100
4 en meer kinderen	49	69	118	41,5	58,5	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen met kleinere en huisvrouwen met grotere gezinnen naar het aantal verrichtingen:

$$\chi^2 = 16,71 \quad P = 0,002$$

De cijfers van tabel 38 geven een vrij abrupte stijging te zien van het aantal verrichtingen bij huisvrouwen met één kind en bij huisvrouwen met drie kinderen. De komst van het eerste kind brengt voor de vrouw bijzondere problemen met zich mee. Voor sommige vrouwen is de plotse verandering binnen het gezin een te grote overgang: 'parenthood is particularly for women, one of the most abrupt and least well-prepared role-transitions in our culture' (Rossi, 1968).

De stijging van het aantal frequent consulterende vrouwen in de categorie van gezinnen met drie kinderen is een ander opvallend gegeven.

Het is nog onduidelijk of hier het aantal van drie kinderen dan wel de huwelijksfase de belastende factor is.

De resultaten van ons onderzoek wijzen in ieder geval op een verband tussen de gezinsgrootte enerzijds en de morbiditeit van de huisvrouw anderzijds.

f. Ziekenfonds- of particulier patiënte

Het al of niet ziekenfonds verzekerd zijn van het gezin speelt, naar de resultaten van ons onderzoek gemeten, nauwelijks een rol ten aanzien van het aantal verrichtingen van de huisvrouw.

Er is wel een lichte oververtegenwoordiging van huisvrouwen-ziekenfonds-patiënten in de categorie van huisvrouwen met veel verrichtingen, doch deze bereikt niet het niveau van statistische significantie (tabel 39).

TABEL 39. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR DE WIJZE VAN VERZEKERING TEGEN HET RISICO VAN ZIEKTE EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Ziekenfonds patiënten	211	224	435	48,5	51,5	100
Particuliere patiënten (inclusief: I.Z.A., Politiefonds etc.)	58	45	103	56,3	43,7	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten naar het aantal verrichtingen:

$\chi^2 = 1,73 \quad P = 0,19$

Door verschillende onderzoekers is een grotere consultation-rate gevonden voor ziekenfondsverzekerden dan voor particuliere patiënten (Buma – Bak, 1952, van Deen, 1952, Brenkman, 1963). Al deze cijfers hebben evenwel betrekking op de totale praktijkbevolking, terwijl onze gegevens werden verkregen door onderzoek bij een gedeelte van de praktijkpopulatie, geselecteerd naar onder andere leeftijd en geslacht.

Kinderen en bejaarden komen in ons onderzoek niet voor. Juist voor deze categorieën geldt, dat zij een relatief groot aantal aandoeningen (Brenkman, Oliemans, 1969) en verrichtingen hebben (Kramer, 1967). Voor vergelijking met andere onderzoekresultaten lenen onze gegevens zich veelal niet, daar uitgangspunt en opzet van onze exploratie niet praktijk-analytisch is.

g. Inwoning

Inwoning of het verlenen van inwoning brengt vooral voor de huisvrouw

een extra belasting met zich mede. 'Vrijwel zonder uitzondering gaat inwoning gepaard met psychische spanningen' (Brenkman). Men zou kunnen verwachten dat deze belasting tot uiting komt in een groot aantal verrichtingen bij de huisvrouwen, die aan deze belasting zijn blootgesteld. Brenkman vond voor de gezinnen die inwoonden een hoog aandoeningen-cijfer.

In ons onderzoekmateriaal is geen verband tussen de wijze van huisvesting van het gezin enerzijds en het aantal verrichtingen bij de huisvrouw anderzijds aantoonbaar.

TABEL 40. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR DE WIJZE VAN HUISVESTING EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Geen inwoning	245	244	489	50,1	49,9	100
Inwoning of inwoning verlenend	24	25	49	48,9	51,1	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen die al of niet zelfstandig gehuisvest zijn naar het aantal verrichtingen:

$$\chi^2 = 0,00 \quad P = 1,00$$

Zoals reeds werd vermeld in hoofdstuk 2 paragraaf 5, is 91% van de 538 gezinnen zelfstandig gehuisvest.

De echte 'woningnood' speelt in ons praktijkgebied geen grote rol meer. Inwoning komt thans voornamelijk in de omgeving van de stad, op het platteland voor. De inwoning geschiedt dan vrijwillig, de woningen (boerderijen) zijn ruim en de woonsituatie levert daardoor minder problemen op dan in de stad.

h. De kruisvereniging

Het lidmaatschap van de kruisvereniging kan men opvatten als een maat voor de sociale integratie van het gezin. In het praktijkgebied geldt het lidmaatschap van een der kruisverenigingen als iets vanzelfsprekends. Het aantal gezinnen-niet-leden in de onderzoekpopulatie is dan ook bijzonder klein (6,2%). Conclusies betreffende de samenhang van het lidmaatschap enerzijds met de gepresenteerde morbiditeit van de huisvrouw anderzijds zijn dan ook bezwaarlijk te maken. Overigens blijken merkwaardigerwijze de huisvrouwen-leden enigszins oververtegenwoordigd in de categorie 'huisvrouwen met veel verrichtingen'. Het verschil ten deze met de huisvrouwen-niet-leden is echter statistisch niet significant (tabel 41).

TABEL 41. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR HET LIDMAATSCHAP VAN DE KRUISVERENIGINGEN EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Lid van de kruisvereniging	248	257	505	49,1	50,9	100
Niet lid van de kruisvereniging	21	12	33	63,6	36,4	100
Totaal	296	296	538			

χ^2 -toets voor het verschil naar het aantal verrichtingen tussen huisvrouwen-leden en niet-leden van de kruisvereniging:

$$\chi^2 = 2,07 \quad P = 0,15$$

Het lidmaatschap van de kruisvereniging – en de mogelijkheden daardoor hulp te ontvangen van de wijkverpleegster – enerzijds en frequent consulteren van de huisvrouw anderzijds vertoont dus geen samenhang. Zeker is er geen aanwijzing voor een negatief verband, dat wil zeggen geen aanwijzing voor de hulp van de wijkverpleegster als alternatief voor de hulpverlening door de huisarts.

In het verleden was dit alternatief in ons praktijkgebied beslist aanwezig. Mogelijk is de verschuiving van de taak van de wijkverpleegster van curatieve naar sociaalpreventieve werksoorten hieraan debet (Phaff, 1968).

In paragraaf 3.1. van dit hoofdstuk werd vermeld, dat naast een aantal primaire sociaal-situatieve factoren enkele secundaire, dat wil zeggen minder objectief vast te stellen sociale milieugegevens zouden worden gerelateerd aan de gepresenteerde morbiditeit van de huisvrouwen.

De waardering van deze secundaire factoren in een aantal categorieën werd beschreven in hoofdstuk 1, paragraaf 9.

j. Sociale laag

De sociale laag van het gezin wordt veelal geclassificeerd naar de sociale positie van het gezinshoofd. Ten behoeve van ons onderzoek is gebruik gemaakt van de G.T.E.-methode van stratificeren (1.9.) en zijn zodoende de gezinnen van de onderzoekpopulatie verdeeld over een elf-tal klassen (tabel 11).

De verhouding tussen huisvrouwen met veel verrichtingen enerzijds en huisvrouwen met weinig verrichtingen anderzijds bleek geen grote verschillen op te leveren met betrekking tot de onderscheiden sociale lagen.

Vergelijking van alle elf categorieën naar het aantal huisvrouwen met veel, respectievelijk weinig verrichtingen toonde geen statistisch significante verschillen ($\chi^2 = 17,48$ $0,05 < P < 0,10$).

Omwille van de overzichtelijkheid werden de elf strata samengevat in een drietal subcategorieën: 'laag', 'midden en 'hoog'.

De huisvrouwen uit de hoge sociale lagen blijken weliswaar relatief minder vertegenwoordigd in de categorie met veel verrichtingen dan de huisvrouwen uit de lagere sociale strata, maar de verschillen bereiken niet het niveau van statistische significantie (tabel 42).

TABEL 42. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR DE SOCIALE LAAG VAN HET GEZIN EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
'laag' (G.T.E. 1, 2, 3, 9)	171	190	361	47,4	52,6	100
'midden' (G.T.E. 4, 5, 10)	83	69	152	54,6	45,4	100
'hoog' (G.T.E. 6, 7, 8, 11)	15	10	25	60	40	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen uit drie sociale lagen naar het aantal verrichtingen: $\chi^2 = 3,29$ $P = 0,19$

Brenkman concludeerde bij zijn relatering van het getal der aandoeningen aan de beroepsklasse van het gezinshoofd, dat de verschillen naar het aantal gepresenteerde aandoeningen bij mannen groter zijn dan bij vrouwen. In de hogere beroepsklassen registreerde hij vooral voor mannen duidelijk minder aandoeningen. Bij de vrouwen vond hij getallen die nauwelijks van het gemiddelde (voor mannen en vrouwen tezamen) afweken.

In een over-all overzicht van de consultation-rate (of het getal der verrichtingen of aandoeningen) voor alle geregistreerde aandoeningen tezamen, wordt overigens voorbijgegaan aan het feit dat voor bepaalde aandoeningen verschillen in incidentie en prevalentie tussen de diverse sociale strata zijn aangetoond.

Zo vond Hull (1967) bij een onderzoek naar de aard van de aandoening of klacht bij 1000 eerste consulten in een zeer grote Engelse huisartsenpraktijk een samenhang tussen de sociale laag, waartoe de desbetreffende patiënt behoorde en de aard van de gepresenteerde klacht. In de hogere sociale strata bleken klachten van het bewegingsapparaat minder frequent te zijn gesignaleerd dan in de laagste sociale lagen. Gynaecologische symptomen bleken bij vrouwen in de hogere sociale strata frequenter te zijn geregistreerd dan bij vrouwen in de lagere sociale lagen.

Symptomen en aandoeningen kunnen in verband gebracht worden met categorieën naar geslacht, leeftijd en sociale situatie. Sommige aandoenin-

gen vereisen relatief veel verrichtingen (Oliemans). Het is dus alleszins waarschijnlijk, dat bij relatering van de aantallen verrichtingen per aandoening of klacht aan de sociale klasse wel duidelijke verschillen zullen optreden. Voor alle klachten en aandoeningen tezamen is echter op basis van onze onderzoekresultaten geen duidelijke samenhang tussen de sociale laag en het aantal verrichtingen voor de huisvrouwen aan te tonen.

k. Graad van maatschappelijkheid

De 'graad van maatschappelijkheid' werd als sociaal gegeven van het gezin in het onderzoek opgenomen, omdat plaatselijk (althans binnen het verstedelijkte gedeelte van het praktijkgebied) het probleem van de onmaatschappelijkheid een naar verhouding grote rol speelt.

In hoofdstuk 1. paragraaf 9.2. is beschreven, hoe de 538 gezinnen van de onderzoekpopulatie werden geclassificeerd naar 'graad van maatschappelijkheid'.

TABEL 43. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR DE GRAAD VAN MAATSCHAPPELIJKHEID VAN HET GEZIN EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Maatschappelijk	261	244	505	51,7	48,3	100
Anders- maatschappelijk	8	25	33	24,2	75,8	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen uit maatschappelijke gezinnen en die uit anders-maatschappelijke gezinnen naar het aantal verrichtingen:

$$\chi^2 = 8,27 \quad P = 0,004$$

Uit tabel 43 blijkt dat de huisvrouwen uit de anders-maatschappelijke gezinnen oververtegenwoordigd zijn in de categorie met veel verrichtingen. Dat hier de anders-maatschappelijkheid op zich verantwoordelijk gesteld moet worden voor deze samenhang, is voorsnog een voorbarige conclusie, daar ook tussen de kwaliteit van de woning en de graad van maatschappelijkheid een verband is aan te tonen (tabel 15). Bij een ander onderzoek in onze praktijk, een deelonderzoek naar de hulpverlening in de eerste lijn, is gebleken dat dezelfde 33 anders-maatschappelijke gezinnen meer contacten hadden met alle hulpverleners dan andere gezinnen.

De problematiek, die bij deze gezinnen is te onderkennen gaat waarschijnlijk niet aan de huisvrouw voorbij. Mogelijk verklaart dit het naar verhouding grote aantal verrichtingen bij de huisvrouwen uit de anders-maatschappelijke gezinnen in ons onderzoek.

l. *Kwaliteit van de woning*

De kwaliteit van de woning blijkt tezamen met de grootte van de woning van invloed te zijn op het aantal aandoeningen van de gezinsleden (Brenkman, 1963).

Merkwaardigerwijze vond Brenkman in zijn onderzoek een grotere samenhang met het aantal aandoeningen bij de mannen dan bij de vrouwen.

De kwaliteit van de woning kan verschillend worden beoordeeld: op zuiver bouwtechnische aspecten, zowel als op een groot aantal andere factoren, waarbij meer de 'wijze van wonen' dan de kwaliteit van de woning wordt beoordeeld.

Bij de huisvrouwen in ons onderzoek bleek de kwaliteit van de woning samenhang te vertonen met het aantal verrichtingen van de huisvrouw.

Omdat slechts een klein aantal gezinnen minder goed gehuisvest is (2.5.8.), is ten behoeve van de relatering van de woningkwaliteit aan het verrichtingsgetal van de huisvrouwen de woningklasse I onderscheiden van de klasse II, III en IV tezamen (tabel 44).

TABEL 44. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR DE KWALITEIT VAN DE WONING VAN HET GEZIN EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN

	Weinig	Abs. Veel	Totaal	Weinig	Proc. Veel	Totaal
Woning 'voldoende' (I)	261	250	511	51,1	48,9	100
Woning 'onvoldoende' (II, III en IV)	8	19	27	29,6	70,4	100
Totaal	269	269	538			

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen die een goede woning bewonen en huisvrouwen die in een minder goede woning gehuisvest zijn, naar het aantal verrichtingen:

$$\chi^2 = 3,89 \quad P < 0,05$$

m. *Verrichtingen bij de huisvrouw en verrichtingen bij haar kinderen*

Op het gezinsmatige karakter van vele aspecten van het ziek-zijn wordt onder andere gewezen door Huygen (1968), die op grond van jarenlange waarnemingen in zijn praktijk een zekere patroonmatigheid in het optreden van gezondheidsstoornissen in het gezin kon vaststellen.

Men kan veronderstellen, dat deze patroonmatigheid ook tot uiting komt in de verrichtingscijfers.

Teneinde voor deze veronderstelling enige aanwijzing te verkrijgen is het verrichtingscijfer van de huisvrouwen betrokken op het verrichtingsgetal van de kinderen uit de desbetreffende gezinnen.

Voor deze vergelijking van de verrichtingscijfers van de huisvrouwen met de verrichtingen bij haar kinderen zijn wij uitgegaan van het 'gemiddeld aantal verrichtingen per kind per gezin'. Door het totaal aantal verrichtingen voor alle kinderen tezamen te delen door het aantal aanwezige kinderen werd dit gemiddelde per gezin berekend. Zodoende werd een opklimmende reeks van 'gemiddelde verrichtingsgetallen' voor de kinderen uit de onderzoekpopulatie verkregen.

Op basis van de mediaan van deze kind-verrichtings-getallen werden de kinderen verdeeld in een categorie met 'veel' en een categorie met 'weinig' verrichtingen.

In tabel 45 is het resultaat opgenomen van de vergelijking van huisvrouwen met veel verrichtingen met huisvrouwen met weinig verrichtingen, naar het getal der verrichtingen bij de kinderen.

TABEL 45. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN BIJ DE MOEDER EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN BIJ DE KINDEREN

Aantal verrichtingen bij de moeder	Gemiddeld aantal verrichtingen per kind					
	weinig	abs. veel	totaal	weinig	proc. veel	totaal
Weinig	143	98	241	59,3	40,8	100*
Veel	98	142	240	40,7	59,2	100*
Totaal	241	240	481	100	100	

χ^2 -toets voor het verschil tussen moeders met veel en moeders met weinig verrichtingen, naar het aantal verrichtingen bij de kinderen:

$\chi^2 = 11,61$ $P < 0,001$ * circa 100%

Er blijkt in ons onderzoek een hoog-significante samenhang te bestaan tussen het aantal verrichtingen bij de huisvrouw en het aantal verrichtingen bij haar kinderen. Dit is een aanwijzing voor het bestaan van gezinsmatigheid met betrekking tot de gepresenteerde morbiditeit, uitgedrukt in het verrichtingsgetal.

5.4. *Samengevat* wijzen de resultaten van ons onderzoek, zoals vermeld in de vorige paragraaf, op een positieve samenhang van het aantal verrichtingen bij de huisvrouw met de leeftijd van de vrouw, de duur van het huwelijk en met het aantal kinderen.

Vooraf tijdens de tweede huwelijksperiode (8-16 jaar) en bij de komst van het eerste en van het derde kind, stijgt het aantal huisvrouwen met veel verrichtingen.

Voor de plaats van vestiging (stad of platteland), de godsdienst of levensbeschouwing, de wijze van verzekering tegen het risico van ziekte (ziekenfondslid of particulier patiënte), de wijze van huisvesting (zelf-

standig wonend of inwonend) en het al of niet lid zijn van de kruisvereniging kon geen samenhang met het verrichtingsgetal van de huisvrouwen worden aangetoond.

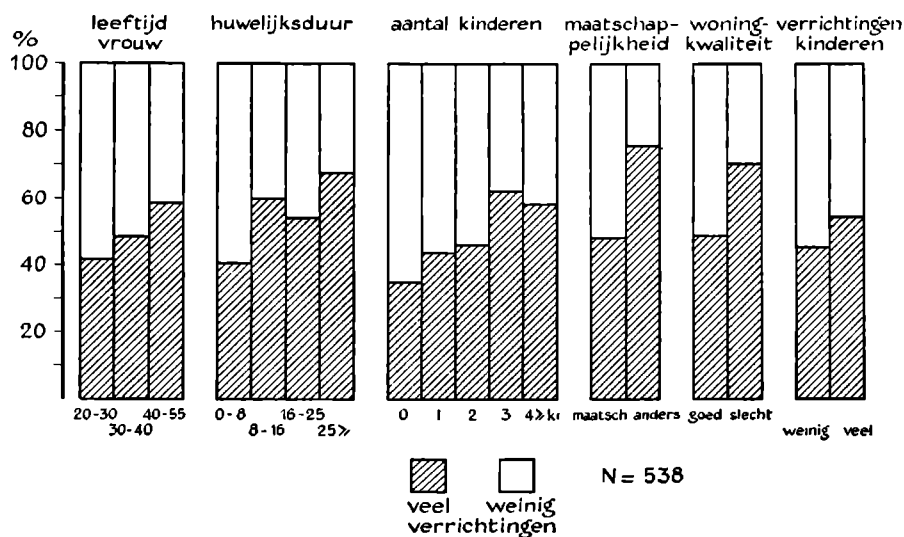
Met betrekking tot de onderzochte secundaire milieu-situatieve factoren bleek er wel een verband te bestaan tussen het aantal verrichtingen bij de huisvrouwen en de graad van maatschappelijkheid van het gezin en de kwaliteit van de gezinswoning.

Huisvrouwen uit anders-maatschappelijke gezinnen hadden relatief meer verrichtingen dan de vrouwen uit maatschappelijke gezinnen. Ook huisvrouwen van gezinnen, die minder goed gehuisvest waren hadden relatief veel verrichtingen. Tussen de sociale laag van het gezin en het aantal verrichtingen van de huisvrouw kon geen samenhang worden aangetoond.

Het gezinsmatige karakter van ziekte en gezondheid openbaart zich ook in het getal der verrichtingen. Voor de kinderen van gezinnen, waarvan de huisvrouw een groot aantal verrichtingen had, werden eveneens veel verrichtingen geregistreerd.

In figuur 12 zijn de positieve resultaten van de exploratie naar de samenhang tussen de gepresenteerde morbiditeit en een aantal gezinsfactoren grafisch voorgesteld.

Figuur 12. Samenhang tussen een aantal sociale factoren en het aantal verrichtingen.



Bij verder onderzoek naar de samenhang tussen de gezinssituatie enerzijds en de morbiditeit van de huisvrouw anderzijds dient aandacht besteed te worden aan factoren als de duur van het huwelijk, het aantal te verzorgen kinderen, de kwaliteit van de woning en de maatschappelijkheid van het gezin.

Mogelijk is het ook zinvol, verder onderzoek te doen naar de relatie tussen de sociale positie van het gezin en bepaalde aandoeningen bij de gezinsleden, met name bij de huisvrouw.

6. DE IJSBERG 'ONDER WATER'

'The characteristic that differentiates patient from non-patient is not the seriousness of his complaint nor its treatability' (Stoeckle)

Resultaten van het onderzoek naar de ervaren morbiditeit en naar enkele aspecten van het ziektegedrag bij de huisvrouwen.

6.1. HET GEDRAG VAN DE PATIENT BIJ HET OPTREDEN VAN GEZONDHEIDSSTOORNISSEN

De meeste morbiditeitsonderzoekingen in de huisartsenpraktijk betreffen de gepresenteerde morbiditeit, dat wil zeggen beschrijven het vóórkomen van klachten en aandoeningen voorzover deze ter kennis van de arts zijn gekomen.

In de regel gaat het initiatief tot het contact tussen arts en patiënt uit van de patiënt. 'In this way the general practitioner is exposed to medical demand' (Morrell, 1970).

De taak van de huisarts gaat volgens de formule van Woudschoten* verder dan 'het opheffen of in hun uitwerking belemmeren' van gepresenteerde gezondheidsstoornissen. Zij omvat ook het voorkómen van stoornissen in de gezondheid. Dit veronderstelt confrontatie met de totaliteit van de behoefte aan medische hulp: 'medical need'.

In de voorgaande hoofdstukken werd de gepresenteerde morbiditeit onderzocht bij een populatie huisvrouwen. Getracht werd enig inzicht te verkrijgen in het ziektepatroon van deze huisvrouwen. Méér dan het ziektepatroon alléén bestudeert men vanuit de waarneming van de 'zichtbare' morbiditeit het patroon van 'medical demand' en daarmee een complexiteit van factoren, die het initiatief van de patiënt om zijn klacht te presenteren bepalen. Dit initiatief ligt op het niveau, waar de waarneming door de arts begint. Dat is op de grens tussen het boven- en onderwaterdeel van de ijsberg van totale morbiditeit, van de totale 'medical need'.

Zoals reeds werd opgemerkt (Inl. 6), is met betrekking tot de factoren, die invloed uitoefenen op het initiatief van de patiënt om medische hulp in te roepen nog weinig bekend. Psychologische, sociale en culturele factoren zullen hierbij een wisselend grote rol spelen. Het is betrekkelijk moeilijk

* De functie van de huisarts moet worden gezien als 'het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen'. Deze zorg betreft: 'het opheffen, in hun uitwerking belemmeren en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in de individuele- of gezinsgezondheid' (Woudschoten, 1963).

om een ingang te vinden voor explorerend onderzoek naar de factoren die mogelijk van betekenis zijn bij dit proces.

In een van hun studies trachten Mechanic en medewerkers (1961) 'stress' als een soort 'grootste gemene deler' op het gedrag in de medische situatie te betrekken. Zij vonden inderdaad dat stress een positieve invloed had op het besluit van de patiënt om medische hulp in te roepen. Een en ander was evenwel met name het geval bij die patiënten, die alreeds een verhoogde neiging tot het presenteren van hun klachten vertoonden. Productie van een klacht of een gezondheidsstoornis als effect van stress moet daarom onderscheiden worden van de neiging om de rol van patiënt te accepteren.

De effecten van stress zullen naar patiënt en situatie verschillen. Uit de onderzoeken van Mechanic en medewerkers is gebleken, dat conflicten in de interpersoonlijke relaties ('interpersonal stress') een duidelijker positieve invloed uitoefenen (op het besluit van de patiënt om hulp te zoeken) dan problemen van niet-persoonlijke aard ('non-interpersonal stress').

Stress katalyseert derhalve het proces dat leidt tot het inroepen van medische hulp door de patiënt. 'Stress' op zich kan evenwel niet als enige factor verantwoordelijk gesteld worden met betrekking tot de beslissing van de patiënt om al of niet hulp te zoeken. In een crisissituatie zullen wisselend naar individu en situatie *psychologische factoren* als de geestelijke stabiliteit, het intellect, angst; *sociale factoren* als beroep, sociale positie; *culturele factoren* als ras, religie of levensbeschouwing een min of meer belangrijke rol spelen bij het proces van al of niet actie-ondernemen.

Verschillende onderzoekers (Zborowski, 1952, Mechanic, 1961, Zola, 1963, Suchmann 1964) vonden verschillen in het ziektegedrag bij patiënten van onderscheiden ras en religie.

Zborowski (1952) deed een onderzoek bij een aantal patiënten, die in een ziekenhuis waren opgenomen met lage rugklachten. Hij ontdekte dat Italianen, Joden en Angelsaksen zeer verschillend reageerden in hun gedragingen ten opzichte van hun klachten. Italianen en Joden uitten zich meer dan Angelsaksen. Terwijl de Italianen zich vooral bezorgd toonden ten aanzien van de actuele pijn-sensatie, betrokken de Joodse patiënten hun pijn meer op hun toekomstige gezondheidsverwachting. De Angelsaksen ondervonden pijn als iets overbodigs, waaraan zo snel mogelijk iets gedaan moest worden.

Zola (1963), die het proces van hulpzoeken onderzocht bij een populatie van poliklinische patiënten met allerlei aandoeningen, vond duidelijke verschillen in reactie op bepaalde symptomen tussen Italianen, Ieren en Angelsaksen. De Ieren hadden de neiging de oorzaak van hun klachten te

localiseren in bepaalde organen, terwijl zulks objectief gezien geenszins verband hield met de aard van de klacht. Italianen ondergingen hun ziekte meer als een algemeen storend proces met diffuse fysieke en sociale effecten. Merkwaardigerwijze vonden genoemde onderzoekers ook verschillend grote aantallen symptomen bij een bepaald ziektebeeld, verschillend naar ras, religie en cultuur.

Het is bekend, dat sommige aandoeningen zich symptomatologisch op verschillende wijze kunnen manifesteren alnaargelang de psychosociale of culturele achtergronden van de desbetreffende patiënt. Zo vond Kuypers (1966) in zijn reeds genoemde onderzoek (Inl. 3) naar het voorkomen van psychosomatische stoornissen in een plattelandspraktijk aanwijzingen voor het bestaan van 'streek-eigen' symptomen zoals het 'bulken', een vorm van aerophagie bij nerveus-emotionele aandoeningen.

De adaptatie aan een stress-situatie, zoals ziekte, is verschillend naar velerlei psycho-sociale en culturele, variabele factoren. De sociologe Tagliacozzo (1970) vond een duidelijke samenhang tussen het niveau van kennis in medische zaken van de patiënt enerzijds en het trouw nakomen van voorschriften van de arts anderzijds. Het al of niet inroepen van medische hulp, het al of niet presenteren van een ervaren stoornis in de gezondheid is onlosmakelijk verbonden met het al of niet accepteren van de rol als patiënt.

Allerlei psychologische en sociale factoren oefenen een min of meer sterke invloed uit op de beslissing van de individuele mens, zich al of niet als zieke of patiënt te presenteren. Voor sommigen is 'de ziekenrol de enige uitlaatklep, waarlangs men aan de pressie van de sociale verwachting kan ontkomen' (van Doorn, 1956).

Bij de bestudering van de gepresenteerde morbiditeit in een populatie dient men zich te realiseren, dat men eigenlijk niet het bovenwaterdeel van één ijsberg benadert, doch dat men in feite een totaliteit van talloze individuele ijsbergjes exploreert, verschillend van vorm en grootte en wisselend naar individu en situatie.

De bestudering van de invloed van de onderscheiden factoren, die de hoogte van de drempel bij het inroepen van medische hulp bepalen, is veelomvattend en gecompliceerd. Het is meer dan een onderwerp op zich en valt dientengevolge eigenlijk buiten de opzet van ons onderzoek.

Het beeld van de morbiditeit bij de door ons onderzochte populatie huisvrouwen is evenwel niet compleet zonder enige kennis met betrekking tot hun verborgen klachten.

De bestudering van de niet-gepresenteerde klachten is overigens van meer algemeen en fundamenteel belang. Zonder een 'epidemiologie van de verborgen morbiditeit' zal een optimale gezondheidszorg niet mogelijk zijn. Het gaat bij de bestrijding van een ziekte als bijvoorbeeld cervixcarci-

noom niet alleen om het hoe en waarom van diagnostiek en therapie maar ook om het bereiken van bedreigde groepen, die zich om allerlei niet-medische redenen aan een screenings-programma onttrekken. Juist het bereiken van high-risk groepen wordt dikwijls bemoeilijkt door onvoldoende kennis van het gedrag van de patiënt ten aanzien van overigens voorhanden zijnde mogelijkheden tot medisch onderzoek en contrôle.

6.2. HET ONDERZOEK NAAR DE ERVAREN MORBIDITEIT

Ook bij de huisvrouwen van ons onderzoek zullen zich een groot aantal klachten en gezondheidsstoornissen onttrekken aan de waarneming door de arts. Vrouwen onderscheiden zich met betrekking tot hun verborgen morbiditeit in het algemeen van mannen (Inleiding, paragraaf 6). Sommige aandoeningen blijken door vrouwen in relatief hoge frequentie ervaren, doch niet gepresenteerd te worden. Dit is bijvoorbeeld het geval met betrekking tot de psycho-emotionele gezondheidsstoornissen (Inl. 6) en (zoals uit ons onderzoek is gebleken) ten aanzien van een klacht als stress-incontinentie.

6.2.1. *De enquête bij een groot aantal huisvrouwen*

In hoofdstuk 1 paragraaf 5 is beschreven hoe zich door een gelukkige omstandigheid de mogelijkheid heeft voorgedaan, bij een groot aantal van deze huisvrouwen een nader onderzoek in te stellen naar omvang en aard van hun ervaren klachten. Door middel van een enquête werd een groot aantal informaties verkregen, waarbij ook aandacht besteed kon worden aan enkele aspecten van het ziektegedrag. In dit hoofdstuk zullen enkele resultaten uit de enquête worden vermeld, voorzover deze binnen het kader van de laatste vraagstellingen (1.3.) vallen.

Met behulp van medische studenten werd in enkele weken een groot aantal huisvrouwen schriftelijk geënquêteerd.

Uitgegaan werd van de 538 huisvrouwen waarover ons onderzoek handelde, dat in de vorige hoofdstukken is beschreven. Een 50-tal huisvrouwen werd van de enquête uitgesloten om redenen van uiteenlopende aard: verhuizing (39), overlijden vrouw (1), overlijden man (6), ontbinding van het huwelijk (2), ziekte (2). In principe kwamen 488 huisvrouwen voor het onderzoek in aanmerking. Door middel van een introductiebrief van de huisarts werden de te bezoeken vrouwen van het onderzoek op de hoogte gesteld en werd hen verzocht medewerking te verlenen. Op deze brief werden 315 positieve reacties ontvangen. Door rappellering en eventueel mondelinge toelichting kon het aantal non-respondenten worden beperkt tot 59 huisvrouwen. Vijf huisvrouwen werden om een andere reden niet in het onderzoek opgenomen. Deze circa 87% positieve reacties op het verzoek aan het onderzoek mee te doen overtrof de ver-

wachting, te meer daar het verzoek om medewerking vergezeld ging van de mededeling dat het invullen van de zeer uitgebreide vragenlijst ongeveer één tot anderhalf uur tijd zou vergen. Hier spreekt een van de voor-
delen van onderzoek door de huisarts in zijn eigen praktijk voor zichzelf.

6.2.2. *De vragenlijst van de enquête*

De vragenlijst werd opgesteld in samenwerking met de werkgroep 'Keuzevak-1970' van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Als gevolg van de doelstelling van een parallel lopend onderzoek door de medische studenten werd de vragenlijst uitgebreid (348 vragen) en omvatte tenslotte een achttal onderdelen (zie bijlage III):

- informatie betreffende ervaringen met ziekte (zelf, familie, kennissen)
- informatie ten aanzien van de actuele gezondheidsbeleving en met betrekking tot de gezondheidsverwachting
- informatie ten aanzien van het vóórkomen van klachten en gezondheidsstoornissen (Algemene Klachten Vragenlijst: A.K.V.)
- De Amsterdamse Biografische Vragenlijst, een psychometrische test voor onderzoek naar neurotische labiliteit (A.B.V.)
- informatie naar het niveau van kennis in medische zaken
- informatie naar het gedrag bij het ervaren van een gezondheidsstoornis
- een grove bepaling van de intelligentie (KENT-test)
- informatie betreffende de huwelijksituatie (vragenlijst van N.I.S.S.O.)*

De enquête werd in de zomer van 1970 door een achttal medische studenten uitgevoerd. De vooropgezette bedoeling was, dat zij het invullen van de vragenlijst geheel aan de respondenten zouden overlaten. Slechts met betrekking tot technische details mochten zij bij het invullen behulpzaam zijn. Op deze wijze werd getracht tegemoet te komen aan een aantal bezwaren, die in het algemeen bij enquêtering een storende invloed kunnen hebben (1.8.).

Schriftelijke enquêtering per post heeft als bezwaar een grotere non-responsentie en/of een groter percentage onbruikbare antwoorden.

Door goede instructie vooraf, snelle wijze van uitvoering van het gehele onderzoek en door middel van continue werkbeprekingen is getracht zoveel mogelijk objectiviteit en uniformiteit te betrachten. Uiteindelijk werden 429 vragenlijsten terugontvangen. Bij de bewerking bleken 5 lijsten geheel onbruikbaar, zodat dit gedeelte van ons onderzoek betrekking heeft op 424 huisvrouwen.

De enquête-gegevens zijn via ponskaarten op magnetische tape ge-

* Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek.

bracht. Door middel van het H.T.V.-nummer (1.4.) kon deze informatie gekoppeld worden aan de persoons- en gezinsgegevens alsmede aan de geregistreerde morbiditeit van de huisvrouwen en hun gezinnen.

6.2.3. *Problemen bij de bewerking van de enquêtegegevens*

De bewerking van een groot aantal uiteenlopende gegevens gaat gepaard met vele, soms principiële onoplosbare vraagstukken aan de hand waarvan algemene onderzoekproblemen onderkend kunnen worden.

Ten aanzien van het enquêteren op zich is al gewag gemaakt van storende invloeden als de interobserver-variation (1.8.), dat wil zeggen het optreden van fouten door veranderlijke interpretatie van antwoorden en formuleringen door de onderscheiden enquêteurs.

Een ander belangrijk evaluatiegegeven is de invloed van de volgorde van de vragen in een uitgebreide enquêtelijst. Zo bleek in het onderzoek de KENT-test ten onrechte geplaatst te zijn temidden van (naar het gevoel van de patiënten) meer serieuze categorieën als het gedrag in een medische situatie en informatie betreffende de huwelijkssituatie. Wij hebben de indruk, dat deze eenvoudige intelligentietest op zich goed bruikbaar is voor een grove waardering van de intelligentie van bijvoorbeeld grote aantallen recruten, maar dat de test niet geschikt is voor situaties als in ons onderzoek. Door sommige huisvrouwen is dit onderdeel van de vragenlijst nauwelijks serieus opgevat, terwijl anderzijds voornamelijk jonge huisvrouwen duidelijk parate schoolkennis demonstreerden. De gemiddelde tijd die door de huisvrouwen benodigd werd om de gehele vragenlijst in te vullen bedroeg circa 1½ uur. Waarschijnlijk is dit te lang en heeft dit mede geleid tot een aantal onbetrouwbare responsies op sommige onderdelen van de enquête.

In het algemeen is evenwel de informatie, die door de enquête werd verkregen goed bruikbaar gebleken voor het beoogde onderzoek naar enkele aspecten van de ervaren morbiditeit en van het ziektegedrag.

6.3. DE IJSBERG VAN DE MORBIDITEIT

De vijfde vraagstelling van ons onderzoek (1.3.) heeft betrekking op het fenomeen van de ijsberg (zie inleiding, paragraaf 6): 'hoe verhoudt zich het aantal klachten en aandoeningen, dat door de huisvrouwen ter kennis van de huisarts wordt gebracht, tot het aantal klachten en aandoeningen dat door hen wordt ervaren?'

6.3.1. *De Algemene Klachten Vragenlijst*

De totaliteit van de 87 vragen van de Algemene Klachten Vragenlijst omvatte in principe elke mogelijke ervaren klacht of gezondheidsstoornis (zie bijlage III C). Dit kan zo gesteld worden omdat aan het geheel van

vragen een 'open vraag' (vraag 87) was toegevoegd, waarvan de respondenten gebruik kon maken indien zij enige ervaren klacht niet in de lijst kon thuisbrengen. Slechts 18 huisvrouwen (4,2%) hebben van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. In het algemeen mag aangenomen worden, dat de huisvrouwen hun ervaren klachten konden plaatsen binnen de door ons gestelde vragen. Door de 424 huisvrouwen werden in totaal 5582 klachten opgegeven. Dit komt neer op een gemiddeld aantal van 13,2 klachten per huisvrouw. Door 7 huisvrouwen (1,7%) werd geen enkele klacht opgegeven. Bergsma (1966) vond voor de vrouwen in zijn enquête-onderzoek bij 2,8% geen enkele klacht, terwijl deze onderzoeker eveneens gemiddeld 13,2 klachten per patiënte signaleerde. Deze uitkomsten sterken onze overtuiging dat de eigen Algemene Klachten Vragenlijst de huisvrouwen voldoende gelegenheid bood, haar eventuele klachten binnen de 87 vragen van deze lijst te classificeren.

6.3.2. Problemen bij de vergelijking van enquêtegegevens met gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie

Bij de bewerking van de antwoorden op de Algemene Klachten Vragenlijst (bijlage III C) is een punt aan de orde gekomen, dat zich als een schier onoplosbaar probleem heeft aangediend: de vergelijking van de opgegeven klachten, veelal symptomen, met de gepresenteerde morbiditeit, die werd geregistreerd in een aantal diagnoses en diagnose-categorieën volgens de codering van de E-lijst. De patiënte ervaart haar stoornissen in de gezondheid nu eenmaal niet in diagnoses zoals de huisarts deze stelt. Met betrekking tot 'symptoom-diagnoses' is dit probleem minder groot, doch het coderen in symptomen heeft weer bezwaren voor een continue registratie van de morbiditeit. Bij het onderzoek naar de 'ijsberg' van de totale morbiditeit blijft dit vooralsnog een algemeen probleem.

Overigens is het vergelijken van de 'ervaren morbiditeit' met de 'gepresenteerde' morbiditeit altijd een betrekkelijke zaak. De geregistreerde, gepresenteerde morbiditeit vormt aan de ene kant ('boven water') een tamelijk betrouwbaar gegeven, doch de 'ervaren morbiditeit' (grotendeels 'onder water') kan slechts benaderd worden door minder eenvoudige methodieken als enquête of het doen bijhouden van een kalender door de patiënt zelf. Het is duidelijk dat dit laatste nauwelijks een oplossing is. Zeker is dit niet het geval wanneer zulks over een lange periode dient te geschieden, waarbij toch minstens aan 12 maanden gedacht moet worden. De enquête biedt daarom grote voordelen, maar heeft niettemin het gevaar dat men ondanks zorgvuldige redactie van de vragen over de ervaren gezondheidsstoornissen méér de point-prevalence dan de period-prevalence benadert.

Er zijn echter nog enkele andere problemen. Zo roept niet iedere vraag in de enquête een éénduidig antwoord op. De eerste vraag: 'vindt U zichzelf te dik of te zwaar' is duidelijk. Het antwoord kan goed vergeleken worden met codenummer (101) voor adipositas in de E-lijst. De antwoorden op de vragen 12 en 13: 'heeft U vaak last van rugklachten' respectievelijk 'heeft U vaak last van pijn in de rug, uitstralend naar de benen' brengen de onderzoeker in verwarring, wanneer hij zich afvraagt met welk codenummer van de E-lijst deze klachten corresponderen, nummer 425 (symptoom: 'rugpijn'), nummer 412 (hernia nuclei pulposi) of nummer 168 ('ischias').

Deze problemen, die zich bij vergelijking van de geregistreeerde morbiditeit met klachten uit de enquête voordoen, werpen de vraag op of exploratie van de 'ijsberg', de totaliteit van de ervaren (de gepresenteerde en de verborgen) morbiditeit op basis van deze twee zo verschillende methodieken (continue morbiditeitsregistratie in 'diagnoses' enerzijds en enquête naar symptomen anderzijds) principieel mogelijk is.

Ten aanzien van zelfs het kwantitatieve verschil tussen de aangeboden morbiditeit en de ervaren klachten en gezondheidsstoornissen is evenwel nauwelijks iets bekend. Om enig inzicht te verkrijgen in deze verhouding en in de problemen, die zich met betrekking tot dit fenomeen voordoen, zijn de in ons onderzoek verzamelde gegevens toch bruikbaar. Enkele aspecten van de verborgen morbiditeit bij de huisvrouwen van onze onderzoekpopulatie zijn duidelijker geworden. Met name het grote kwantitatieve verschil tussen de ervaren gezondheidsstoornissen en de klachten en aandoeningen, welke ter kennis van de arts werden gebracht vormt een imponerend gegeven.

6.3.3. *Respondenten en non-respondenten*

Bij het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit waren 538 huisvrouwen betrokken (2.5.). Niet al deze vrouwen konden, zoals reeds is opgemerkt, bij de enquête worden bereikt. De resultaten van onze vergelijking van de gepresenteerde morbiditeit met de gegevens van de enquête hebben betrekking op 424 huisvrouwen, die zowel in het eerste onderzoek als in het vragenlijst-onderzoek waren opgenomen.

Deze 424 huisvrouwen presenteerden gedurende het jaar van onderzoek in totaal 1254 aandoeningen, de verloskunde niet meegerekend. Dit is gemiddeld 2,96 aandoeningen per huisvrouw. Bij de totale populatie van 538 huisvrouwen was dit gemiddelde 2,52 aandoeningen (3.3.2.). Hieruit volgt dat de 114 niet-responderende huisvrouwen een naar verhouding gering aantal aandoeningen ter kennis van de arts hebben gebracht (tabel 46).

TABEL 46. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR RESPONDENTIE RESPECTIEVELIJK NON-RESPONDENTIE OP DE ENQUÊTE

Huisvrouwen	n=538	Aantal gepresenteerde aandoeningen (excl. verloskunde)	Gem. aantal aandoeningen
Opgenomen in enquête	424	1254	2,96
Non-respondenten bij enquête	114	102	0,89
Totale onderzoekpopulatie	538	1356	2,52

De categorie huisvrouwen, die aan de enquête heeft meegedaan onderscheidt zich van de totale populatie huisvrouwen door een enigszins hoger gemiddeld aantal gepresenteerde aandoeningen per patiënte per jaar.

Als 'non-respondenten' zijn in dit verband (tabel 46) beschouwd: alle huisvrouwen van de oorspronkelijke onderzoekpopulatie, die om welke reden dan ook niet aan de enquête hebben meegedaan. Gemeten naar enkele sociale variabelen vormen de 114 huisvrouwen van deze categorie geen selectie uit de onderzoekpopulatie.

In tabel 47-48 wordt een overzicht gegeven van respectievelijk de huisvrouwen-non-respondenten en de totale onderzoekpopulatie naar de verdeling over de factoren: leeftijd, godsdienst, sociale laag, wijze van verzekering tegen het risico van ziekte.

TABEL 47-48. VERDELING VAN DE 114 HUISVROUWEN-NON-RESPONDENTEN RESPECTIEVELIJK DE 538 HUISVROUWEN VAN DE TOTALE ONDERZOEKPOPULATIE NAAR:

Leeftijd	Non-repondenten		Onderzoekpopulatie	
	abs.	proc.	abs.	proc.
20-30 jaar	42	36,9	181	33,6
30-40 jaar	37	32,4	170	31,6
40-55 jaar	35	30,7	187	34,8
	114	100	538	100

Godsdienst

Rooms Katholiek	76	66,7	390	72,3
'Anders'	38	33,3	148	27,7
	114	100	538	100

Sociale laag

'Laag'	76	66,7	361	67,2
'Midden'	32	28	152	28,2
'Hoog'	6	5,3	25	4,6
	114	100	538	100

Verzekering	Non-respondenten		Onderzoekpopulatie	
	abs.	proc.	abs.	proc.
Ziekenfondspatiënte	89	78	435	81
Particulier patiënte	25	22	103	19
	114	100	538	100

χ^2 -toets voor het verschil tussen de categorie der non-respondenten en alle huisvrouwen van de onderzoekpopulatie naar de verdeling van enkele sociale variabelen:
leeftijd: $\chi^2 = 0,76$ $P = 0,69$ sociale laag: $\chi^2 = 0,08$ $P = 0,95$
godsdienst: $\chi^2 = 1,29$ $P = 0,26$ verzekering: $\chi^2 = 0,30$ $P = 0,58$

Uit de gegevens van tabel 47-48 blijkt dat beide categorieën huisvrouwen onderling niet duidelijk verschillen ten aanzien van de verdeling over een aantal sociale factoren.

Omgekeerd geldt dat de huisvrouwen, die aan de enquête hebben deelgenomen (althans naar deze variabele factoren) geen selectie vormen uit het oorspronkelijke onderzoek-bestand.

Men kan zich afvragen of de huisvrouwen-non-respondenten gezonder zijn dan de andere huisvrouwen of dat zij minder stoornissen in hun gezondheid percipiëren.

Kessel (1965) vond in zijn onderzoek in een Engelse huisartsenpraktijk, dat niet-consulterenden in het algemeen minder klachten hebben dan frequent-consulterenden. Dit vormt mogelijk een verklaring voor de omstandigheid, dat deze patiënten (in ons geval) geen medewerking aan de enquête verleenden. De opzet van ons onderzoek biedt geen basis voor een exploratie van dit probleem.

6.3.4. *De verhouding tussen de gepresenteerde en de ervaren morbiditeit*

Ten aanzien van de boven gestelde vraag naar de verhouding tussen de gepresenteerde morbiditeit en de ervaren morbiditeit zijn twee benaderingswijzen mogelijk: deze verhouding kan worden bepaald voor elke klacht afzonderlijk of voor het totaal van alle klachten en aandoeningen tezamen.

In beide gevallen blijft het probleem bestaan, dat vele klachten en symptomen uit de vragenlijst (A.K.V.) moeilijk verantwoord zijn te transponeren naar een E-lijst codenummer. Slechts door middel van een kunstgreep is het mogelijk het fenomeen van de 'ijsberg van morbiditeit' te demonstreren.

Door de huisvrouwen die bij beide onderzoeken waren betrokken, zijn – de verloskunde buiten beschouwing gelaten – in totaal 1254 aandoeningen aan de arts ter kennis gebracht. Deze vrouwen gaven in het vragenlijstonderzoek in totaal 5582 klachten op. Dit betekent een verhouding van ongeveer één gepresenteerde aandoening of klacht op 4,5 klachten in het vragen-

lijstonderzoek. Een en ander zou kunnen wijzen op een over-all verhouding van circa 20% gepresenteerde morbiditeit tegen 80% ervaren morbiditeit (bij de huisvrouwen uit ons onderzoek). Om nu enigszins te kunnen nagaan hoe deze verhouding voor de afzonderlijke klachten is, zijn een aantal klachten van de vragenlijst op deze verhouding onderzocht. Voor deze procedure werden 15 klachten uit de vragenlijst gekozen op basis van het ene criterium, dat de desbetreffende klacht duidelijk te identificeren was met een diagnose-codenummer van de E-lijst.

Deze hybride verzameling van klachten bleek in totaal ongeveer 10% van het totaal aantal opgegeven klachten uit te maken (tabel 49).

TABEL 49. VERHOUDING BIJ 424 HUISVROUWEN TUSSEN HET AANTAL GEPRESENTEERDE KLACHTEN EN AANDOENINGEN EN HET AANTAL DAT IN DE ENQUÊTE WERD OPGEGEVEN

Klachten/aandoeningen	Totale ijsberg		10% ijsberg	
	abs.	proc.	abs.	proc.
Gepresenteerd aan de arts	1254	18,4	119	18,1
Opgegeven in de enquête	5582	81,6	537	81,9
Totaal	6836	100	656	100

Deze '10% ijsberg' blijkt ongeveer dezelfde verhouding tussen de gepresenteerde en de verborgen morbiditeit op te leveren als de 'totale ijsberg'.

In figuur 13 is een en ander in beeld gebracht. Alhoewel het totaal van vermelde klachten een 'bovenwater-onderwater' verhouding van circa 1:4,5 oplevert, is deze verhouding voor elke afzonderlijke klacht zeer verschillend.

Uit figuur 13 blijkt dat een groot aantal door de vrouwen ervaren gezondheidsstoornissen niet ter kennis van de arts werd gebracht. Voor sommige klachten en aandoeningen is het bovenwaterdeel van de ijsberg relatief groter dan voor andere.

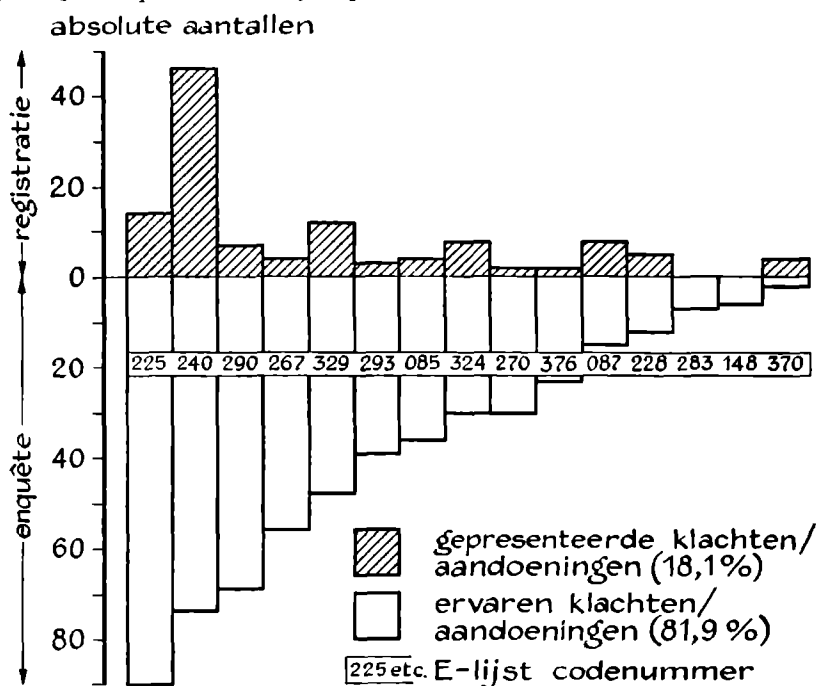
Zo blijkt de huisarts voor verkoudheid (E-lijst code 240) relatief frequenter te worden geconsulteerd dan voor hemorroïden (E-lijst code 225).

Anderzijds hebben enkele patiënten breuken (E-lijst code 283) en enuresis nocturna (E-lijst code 148) gemeld, terwijl dit de huisarts onbekend was.

Van de ervaren morbiditeit wordt dus slechts een zeer klein gedeelte daadwerkelijk ter kennis van de huisarts gebracht.

De 'verborgen' morbiditeit (Inl. 6.) is eigenlijk de totaal 'ervaren' morbiditeit minus de 'gepresenteerde' morbiditeit. In onze figuur 13

Figuur 13. Tien procent van de ijsberg in afzonderlijke klachten/aandoeningen



zou derhalve het gearceerde gedeelte van de figuur op het niet-gearceerde deel in mindering moeten worden gebracht. Deze verfijning bij onze, overigens globale benadering lijkt echter weinig noodzakelijk voor de beantwoording van onze vraagstelling, welke doelt op het verkrijgen van een indruk ten aanzien van de verhouding tussen ervaren en aangeboden morbiditeit.

Bij een ideale opzet van onderzoek naar de verhouding tussen de gepresenteerde morbiditeit en de verborgen morbiditeit (6.3.2.) zou naast een continue morbiditeitsregistratie door de arts ook een continue rapportage van ervaren klachten door de patiënt moeten plaatsvinden.

Waarschijnlijk zou dan blijken, dat het gepresenteerde deel van de morbiditeit in werkelijkheid minder dan de door ons gevonden 20% van de totale morbiditeit vormt.

Bij onze wijze van benadering blijft het in zekere zin toch bij een vergelijking van point-prevalence (enquête) met period-prevalence (continue morbiditeitsregistratie door de arts).

6.3.5. De 'ijsberg' bij een aantal frequent gesignaleerde aandoeningen

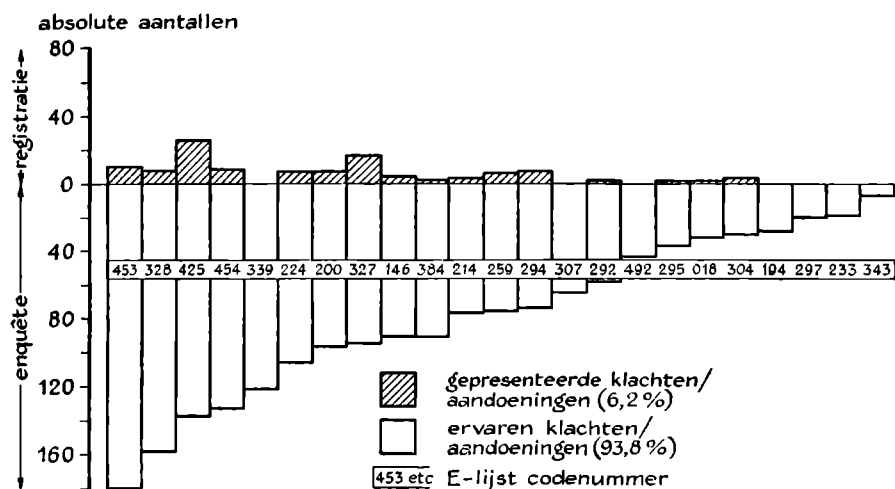
Alhoewel de vraagstelling ten aanzien van de verhouding tussen het geheel van de gepresenteerde morbiditeit en het totaal van ervaren klachten

in het voorgaande is beantwoord, lijkt het toch zinvol om voor een aantal andere klachten uit het vragenlijst-onderzoek de gevonden verhoudingen te vermelden.

In figuur 14 is een aantal van de meest frequente klachten en aandoeningen bijeengebracht.

Hierbij moet wel opgemerkt worden, dat voor deze klachten en aandoeningen minder stringente criteria gehanteerd zijn met betrekking tot de vergelijkbaarheid van de antwoorden op de enquêtevragen met de E-lijst-codering van de continue morbiditeits-registratie.

Figuur 14. De ijsberg van morbiditeit voor een aantal afzonderlijke klachten/aandoeningen



Ook in figuur 14 ontbreekt bij een aantal klachten en aandoeningen het 'bovenwaterdeel' van de ijsberg.

Klachten als stressincontinentie (E-lijst code 339), flatus (E-lijst code 307), reisziekte (E-lijst code 492), oorpijn (E-lijst code 194), hik (E-lijst code 297), flauwvallen (E-lijst code 233) en zelfs bloed-in-de-urine (E-lijst code 343) werden door een aantal vrouwen in de enquête gemeld doch niet ter kennis van de arts gebracht.

Omdat de enquête op een tijdstip werd gehouden, waarop de continue registratie van de gepresenteerde morbiditeit reeds was beëindigd (hoofdstuk 1, paragraaf 5) is voor een aantal gemelde klachten en aandoeningen nagegaan, of deze althans ten tijde van de enquête aan de huisarts bekend waren. Hiertoe werd gebruik gemaakt van de continue registratie van aandoeningen en klachten, die inmiddels met ingang van het desbetreffende jaar (1970) voor de gehele praktijk was ingevoerd. Een

contrôle van alle klachten en aandoeningen van de enquête was om technische redenen onmogelijk. Voor de bovengenoemde klachten en gezondheidsstoornissen was de bevinding, dat slechts één patiënte zich met betrekking tot de klacht stressincontinentie inmiddels tot de huisarts had gewend.

Vele klachten van de enquête konden niet in figuur 14 worden opgenomen, omdat 'vertaling' van de klacht in de codering van de E-lijst onmogelijk was.

Zo is de klacht 'last van de oren of oorpijn' (vraag 33 van de A.K.V.) niet zonder meer te vergelijken met de diagnose otitis media (E-lijst code 183) of otitis externa (E-lijst code 182). De diagnose 'otitis media' werd overigens bij de huisvrouwen-respondenten slechts éénmaal gesteld. De desbetreffende patiënte had bij de enquête op vraag 33 van de A.K.V. positief geantwoord.

Op vraag 74 van de A.K.V. ('heeft U wel eens last van bloed bij het plassen') werd door 7 vrouwen bevestigend geantwoord, terwijl dit door hen niet ter kennis van de arts werd gebracht. Nu dient het antwoord op deze vraag, blijkens de praktijkervaring, nogal gereserveerd opgevat te worden, daar een rode kleur van de urine door patiënten soms ten onrecht aan haematurie wordt toegeschreven.

De meeste klachten en aandoeningen worden in zeer veel hogere mate ervaren dan zij ter kennis van de arts worden gebracht. Opvallend zijn bijvoorbeeld de grote 'onderwatergedeelten' van de ijsbergen voor hoofdpijn (E-lijst code 453), menorrhagie (E-lijst code 328), rugklachten (E-lijst code 425), algemene malaiseklachten (E-lijst code 454) en stress incontinentie (E-lijst code 339). De laatstgenoemde klacht werd door de huisvrouwen-respondenten (zoals reeds is opgemerkt) frequent gemeld, doch niet ter kennis van de arts gebracht. Deze inconveniente van incontinentie bij lachen, springen, hoesten, enzovoorts is een moeilijk behandelbare aandoening en sinds jaar en dag hebben patiënten moeten ondervinden dat hun dokter er weinig aan kon doen. Vele vrouwen hebben dit bezwaar mogelijk als iets 'normaals' leren accepteren en misschien is hierin de verklaring te vinden voor het feit, dat deze aandoening relatief weinig frequent ter kennis van de arts wordt gebracht.

In een onderzoek naar verborgen klachten in een andere, grote huisartsenpraktijk waarvan de resultaten nog niet zijn gepubliceerd, werd deze wanverhouding tussen presentatie en ervaring met betrekking tot de klacht stress-continentie bevestigd.

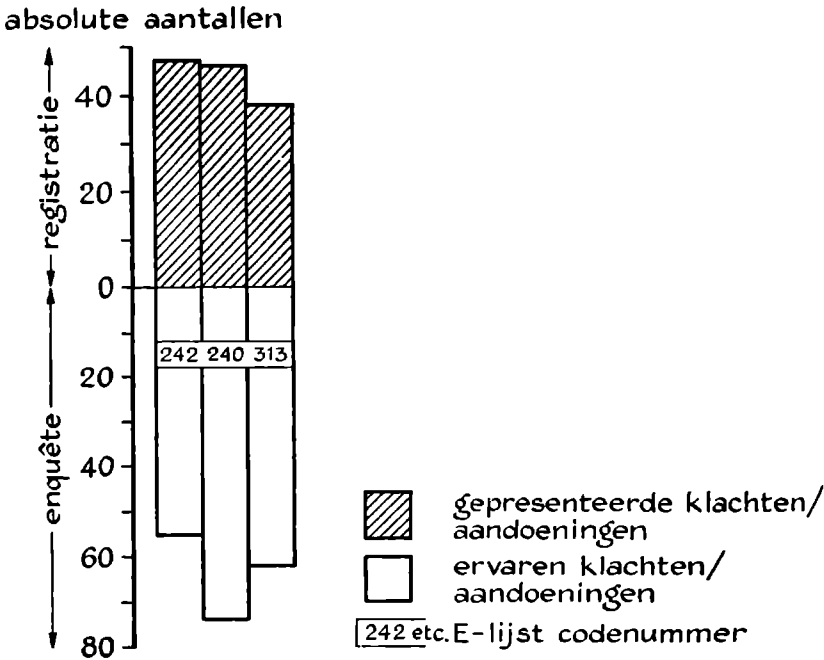
Voor een groot aantal klachten en stoornissen in de gezondheid, die vrouwen ervaren, geldt dat zij ten onrechte niet ter kennis van de arts komen. Veelal zal dit verschijnsel geen verregaande consequenties voor de gezondheid van de desbetreffende patiënte inhouden. Het is evenwel niet

uitgesloten, dat in sommige gevallen hierdoor een ernstige aandoening niet tijdig wordt herkend en dientengevolge een adequate behandeling niet meer mogelijk is.

Mevrouw Klaassen, oud 49 jaar, had al jaren klachten van een enigszins overvloedige menstruatie. Zij had vroeger haar arts wel eens geraadpleegd voor deze hinderlijke aangelegenheid. Enige jaren had zij hiervoor 'druppeltjes genomen'. Het laatste halfjaar vóórdat zij haar huisarts weer eens consulteerde was de klacht danig verergerd en bovendien waren de menstruaties onregelmatig geworden. Zij voelde zich minder goed, slap en hangerig. Daags voordat zij de dokter ontbood had zij flink gevloeid, voelde zich naar en was naar bed gegaan: 'Het zal de overgang wel zijn'. De huisarts zag haar op een drukke visiteronde en achtte een vaginaal toucher noodzakelijk. Onmiskienbaar beroerde zijn vinger een uitgebreid en gemakkelijk bloedend cervix-carcinoom. Patiënte is binnen 5 maanden na dit bezoek van haar huisarts overleden.

Voor een aantal aandoeningen en klachten (figuur 13 en 14) is de verhouding tussen gepresenteerde en ervaren morbiditeit kleiner dan de gevonden over-all verhouding voor alle klachten en aandoeningen tezamen (6.3.4.).

Figuur 15. De ijsberg van drie aandoeningen met een relatief hoog percentage gepresenteerde klachten



Sommige klachten en gezondheidsstoornissen worden relatief frequent ter kennis van de huisarts gebracht, zoals verkoudheid (E-lijst code 240), tonsillitis (E-lijst code 242) en cystitis acuta (E-lijst code 313).

Bij deze aandoeningen bijvoorbeeld blijkt het onderwaterdeel van de ijsberg relatief klein te zijn (figuur 15).

6.3.6. *Samenvattend* kan gesteld worden, dat een groot deel van de morbiditeit van de huisvrouwen zich afspeelde buiten het gezichtsveld van hun huisarts.

De huisvrouwen in ons onderzoek ervoeren in het algemeen viermaal zoveel klachten en gezondheidsstoornissen als zij ter kennis van de huisarts brachten. Deze uitkomst komt overeen met de resultaten van andere onderzoeken.

Zo vonden J. P. en E. Horder (1954) bij een onderzoek in hun praktijk een aandeel van circa 25% aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit op het totaal van door de patiënten ervaren gezondheidsstoornissen.

Huygen (1963) herinnert aan onderzoeken van White, Williams en Greenberg, waarbij de cijfers van Horder werden bevestigd. Oliemans (1969) refereert in een vrij uitvoerig overzicht een groot aantal onderzoeken, waarvan de uitkomsten onderling weliswaar verschillen maar waarbij de eensluidende bevinding is, dat een zeer aanzienlijk gedeelte van de ervaren morbiditeit niet ter kennis van de arts wordt gebracht.

Bij de huisvrouwen in ons onderzoek was de verhouding tussen de gepresenteerde en de ervaren morbiditeit voor de onderscheiden aandoeningen en klachten verschillend. Terwijl voor sommige aandoeningen werd gevonden dat zij relatief frequent ter kennis van de arts werden gebracht, bleken andere ervaren gezondheidsstoornissen voor de medicus 'verborgen' te blijven.

6.4. NEUROTISCHE LABILITEIT EN PERCEPTIE VAN GEZONDHEIDSSTOORNISSEN

De zesde vraagstelling van ons onderzoek (1.3) heeft betrekking op de relatie tussen de geestelijke stabiliteit van de huisvrouwen en hun perceptie van stoornissen in de gezondheid.

Zoals in paragraaf 1 van dit hoofdstuk werd opgemerkt, zullen behalve sociale en culturele factoren ook persoonlijkheidskenmerken van de huisvrouwen min of meer determinerend zijn voor haar perceptie van stoornissen in de gezondheid.

Naast cognitieve persoonlijkheidskenmerken als: intelligentie-niveau van opleiding – kennis van medische zaken – ervaring met ziekte, zullen non-cognitieve persoonlijkheidskenmerken als: neuroticisme – extraversie – angst, een min of meer belangrijke rol spelen ten aanzien van de individuele gezondheidsbeleving en het gezondheidsgedrag.

Hare and Shaw (1965) vonden duidelijke relaties tussen neurotische labiliteit enerzijds en het ervaren en presenteren van gezondheidsstoornissen anderzijds. Bergsma (1966) concludeerde op grond van zijn onderzoek door middel van een schriftelijke anamnese, 'dat personen met een groot aantal klachten dikwijls emotioneel gestoord zijn'. Hij refereert het onderzoek van Brown en Fry (1962), die met behulp van de Cornell Medical Index* tot de bevinding kwamen dat neurotische patiënten naar verhouding veel klachten opgeven.

6.4.1. *De Amsterdamse Biografische Vragenlijst*

In het kader van ons onderzoek hebben wij willen nagaan of bij de 424 huisvrouwen van ons enquête-onderzoek een positieve samenhang is aan te tonen tussen het aantal klachten, dat in de enquête werd opgegeven en de graad van neuroticisme.

De Amsterdamse Biografische Vragenlijst (A.B.V.) werd door alle 424 huisvrouwen ingevuld. Deze vragenlijst is ontworpen door De Wilde (1963) en is een bruikbaar instrument gebleken voor het meten van de neurotische labiliteit.

Neurotische labiliteit wordt aangeduid met het begrip 'neuroticisme'. De graad van neuroticisme is de dispositie tot het verkrijgen van een neurose. Het is een betrekkelijk permanent persoonlijkheidskenmerk, dat in allerlei situaties determinerend is voor het feitelijk gedrag van de individuele mens (de Wilde). De A.B.V. bevat een viertal schalen: N-schaal, NS-schaal, E-schaal en de T-schaal. De neurotische labiliteit c.q. stabiliteit wordt uitgedrukt in de N-score. De N-score heeft betrekking op neurotische labiliteit zoals deze gepresenteerd is in het hebben van zogenaamde psychoneurotische klachten, terwijl de NS-score betrekking heeft op functionele (lichamelijke) klachten.

De E-score is een maat voor de extraversie, terwijl de T-score in de questionnaire is ingebouwd ter controle van de test-attitude. De antwoorden op de 107 vragen van de A.B.V. worden door de onderzoeker door middel van transparante sleutels afgelezen. De behaalde scores worden met behulp van normtabellen naar leeftijd en geslacht berekend. De A.B.V. leent zich door de betrekkelijk eenvoudige nabewerking uitstekend voor onderzoek bij grote aantallen personen. De ontwerper van de A.B.V. onderscheidt op grond van empirische gegevens van een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking een vijf-tal categorieën van scores voor de graad van neuroticisme (zie pag. 129).

Zoals reeds is opgemerkt, waardeert de NS-score dat aspect van neuroticisme, dat tot uiting komt in het presenteren van zogenaamde functio-

* Vragenlijst naar de geestelijke en lichamelijke gezondheid, Cornell University, U.S.A.

nele, dus somatische klachten. Bij deze klachten is geen objectivering door de arts mogelijk. De klachten van de huisvrouwen zijn bekend vanuit de door onszelf samengestelde Algemene Klachten Vragenlijst (A.K.V.).

Het gevaar van 'bias' bij relatering van de A.B.V. aan de A.K.V. ten aanzien van de NS-score van de A.B.V. is niet denkbeeldig, reden waarom ons inziens voor de waardering van de neurotische labiliteit het best kon worden uitgegaan van de N-score van de A.B.V. Deze schaal meet neuroticisme, ontdaan van conversieverschijnselen. Dit neuroticisme is een tamelijk abstract, doch zuiver begrip. De scores voor de graad van neuroticisme zijn bij een doorsnee populatie niet verdeeld volgens een normaalverdeling. Alle scores van laag tot hoog komen in ongeveer gelijke mate voor.

Ook bij de 424 huisvrouwen van ons onderzoek bleek deze verdeling géén duidelijke uitschieters te vertonen, zodat met betrekking tot de graad van neuroticisme de populatie huisvrouwen van ons onderzoek geen selectie vormt.

6.4.2. De neurotische labiliteit en het aantal klachten

Uitgaande van de mediaan van het aantal in de enquête opgegeven klachten, werden de 424 huisvrouwen verdeeld in een drietal categorieën met respectievelijk 0 tot en met 7 klachten (beneden de mediaan), 8 tot en met 20 klachten (rond de mediaan) en 21 tot en met 79 klachten (boven de mediaan). Voor de beantwoording van de hierboven gestelde vraag werden deze drie categorieën gerelateerd aan de scores voor neuroticisme (N-score) van dezelfde vrouwen. Deze N-scores van de 424 huisvrouwen werden gerubriceerd in een drietal klassen, gebaseerd op de indeling zoals die in de handleiding bij de A.B.V. door De Wilde (1963) wordt aangegeven. In tabel 50 is het resultaat van deze relatering vermeld.

TABEL 50. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN DE ENQUÊTE NAAR DE GRAAD VAN NEUROTICISME (N-SCORE VAN DE AMSTERDAMSE BIOGRAFISCHE VRAGENLIJST) EN NAAR HET AANTAL OPgegeven KLACHTEN (ALGEMENE KLACHTEN VRAGENLIJST)

Score op A.B.V.	0 t/m 7 klachten	8 t/m 20 klachten	21 t/m 79* klachten	Totaal
Lage N-score (1 t/m 30)	66 (46,2%)	37 (17,8%)	5 (6,9%)	108
Middelmatig hoge N-score (31 t/m 70)	61 (42,7%)	84 (40,4%)	13 (17,8%)	158
Hoge N-score (71 t/m 100)	16 (11,1%)	87 (41,8%)	55 (75,3%)	158
Totaal aantal vrouwen	143 (100%)	208 (100%)	73 (100%)	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen met een lage, middelmatige en hoge N-score naar het aantal klachten:

$$\chi^2 = 103,50 \quad P < 0.0001$$

* 79 klachten is het grootste aantal klachten, dat door een der huisvrouwen werd opgegeven.

De cijfers van tabel 50 geven een stijging te zien van het aantal klachten met de graad van neuroticisme. Er bestaat bij de huisvrouwen van ons onderzoek een positieve samenhang tussen de neurotische labiliteit als een persoonlijkheidskenmerk en het aantal ervaren gezondheidsstoornissen, zoals dit werd gemeten met behulp van de eigen Algemene Klachten Vragenlijst.

In het kader van een deelonderzoek, dat parallel met ons onderzoek werd verricht, werd het aantal klachten dat door de huisvrouwen werd opgegeven ook gerelateerd aan de N-scores in een indeling in 5 categorieën zoals deze door De Wilde wordt aangegeven*. Ook in dit geval bleek er een duidelijke positieve samenhang tussen het aantal klachten en de graad van neuroticisme, zowel voor de N-score als voor de NS-score (respectievelijk $P < 0,005$ en $P < 0,005$).

Voor de E-score van de A.B.V. (sociale extraversie) werd in dit verband geen samenhang met het aantal klachten aangetoond ($0,25 < P < 0,50$).

6.4.3. Actuele gezondheidsbeleving en gezondheidsverwachting

Het subjectief beleven van hun gezondheid werd door de huisvrouwen uit ons onderzoek geverbaliseerd in het antwoord op vraag B 1 (zie bijlage III): 'wat vindt U in het algemeen van Uw gezondheid tot nu toe?'

De antwoorden van de 424 huisvrouwen op deze vraag concentreerden zich rond de waarderingen 'goed' tot 'matig'.

Voor de bewerking van de antwoorden op deze vraag werden de scores namelijk verdeeld in drie categorieën, respectievelijk betrekking hebbende op de waardering: 'goed' (scores 1 en 2), 'matig' (scores 3 en 4) en 'slecht' (scores 5, 6 en 7).

Binnen deze drie categorieën klasseerden zich 299 huisvrouwen als 'goed' (= goed gezond), 108 huisvrouwen als 'matig' (= matig gezond) en 17 huisvrouwen als 'slecht' (= niet gezond).

Het aantal vrouwen dat blij gaf van een slechte subjectieve gezondheidsbeleving was derhalve gering. Het stemt evenwel tot nadenken dat niet minder dan 125 huisvrouwen hun gezondheid niet als optimaal ondervonden. Met Bergsma (1966) kan gezegd worden 'dat het beeld, dat zich van de deelnemende vrouwen aftekent niet florissant is'.

Voor de 424 huisvrouwen werden de behaalde scores voor de subjectieve

* 'Of men een bepaalde score hoog, middelmatig of laag wil noemen is uiteraard afhankelijk van allerlei overwegingen voortvloeiende uit de specifieke vraagstelling, waaronder de A.B.V. wordt afgenomen. Wenst men evenwel een verbale kwalificatie van een testresultaat te geven in vergelijking tot de scores van onze bevolking, dan kan men bijvoorbeeld de volgende formulering aanhouden'

lage score:	percentiel 1-10
lager dan middelmatige score:	percentiel 11-30
middelmatige score:	percentiel 31-70
hoger dan middelmatige score:	percentiel 71-90
hoge score:	percentiel 91 en hoger' (de Wilde '63)

gezondheidsbeleving gerelateerd aan de scores voor neuroticisme. Op grond van de gevonden samenhang tussen de graad van neurotische labiliteit en het aantal opgegeven klachten was immers te verwachten, dat de huisvrouwen met een hogere neurotische labiliteit hun eigen gezondheid minder goed zouden waarderen. Zowel voor de N-score als voor de NS-score van de A.B.V. werd een verband met de waardering van de eigen gezondheid gevonden, waarbij huisvrouwen met een hogere graad van neuroticisme hun eigen gezondheid lager waardeerden dan de meer stabiele persoonlijkheden ($P < 0,005$).

Interessant lijkt de vraag, of huisvrouwen met een lagere waardering van de actuele eigen gezondheid een andere verwachting met betrekking tot de toekomstige gezondheid hebben dan huisvrouwen die hun actuele gezondheid als 'goed' ervaren.

Vraag B-2 van de enquête (zie bijlage III): 'wat verwacht U van Uw gezondheid in de nabije toekomst?' informeerde naar deze toekomstverwachting.

Van de 424 huisvrouwen antwoordden 280 huisvrouwen in categorie 1 en 2, 130 huisvrouwen in categorie 3 en 4 en tenslotte 14 huisvrouwen in de categorie met de scores 5, 6 en 7. Ook hier had deze classificatie weer betrekking op de waarderingen goed, matig en slecht.

Een en ander wijst op een verband tussen de actuele gezondheidsbeleving en de verwachting ten deze voor de toekomst (tabel 51).

TABEL 51. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN DE ENQUÊTE NAAR DE TOEKOMSTVERWACHTING TEN AANZIEN VAN DE EIGEN GEZONDHEID EN NAAR DE ACTUELE GEZONDHEIDSBELEVING

Eigen waardering van de gezondheid				
Met betrekking tot de actuele gezondheid	Met betrekking tot de toekomstige gezondheid			
	Goed gezond	Matig gezond	Niet gezond	Totaal
Goed gezond	260 (92,9%)	36 (27,7%)	3 (21,4%)	299
Matig gezond	18 (6,4%)	87 (66,9%)	3 (21,4%)	108
Niet gezond	2 (0,7%)	7 (5,4%)	8 (57,2%)	17
Totaal aantal vrouwen	280 (100%)	130 (100%)	14 (100%)	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen met een goede, matige respectievelijk slechte toekomstverwachting voor de gezondheid, naar de actuele gezondheidsbeleving:

$\chi^2 = 292,83 \quad P < 0,0001$

6.4.4. *Samenvattend* kan gesteld worden, dat bij de huisvrouwen in ons onderzoek een verband is aan te tonen tussen de neurotische dispositie

enerzijds en het aantal ervaren klachten en de subjectieve gezondheidsbeleving anderzijds. De neurotisch labiele patiënten meldden een groter aantal klachten en waardeerden de eigen actuele gezondheid lager dan de meer stabiele persoonlijkheden. De huisvrouwen die hun actuele gezondheid als minder goed classificeerden, waren ten aanzien van de toekomst minder optimistisch dan de huisvrouwen met een positief oordeel over de eigen actuele gezondheid.

Voor de graad van sociale extraversie kon bij de huisvrouwen geen samenhang met het aantal door hen ervaren klachten worden aangetoond.

6.5. GEESTELIJKE STABILITEIT EN HET GEDRAG BIJ HET OPTREDEN VAN KLACHTEN

De laatste vraagstellingen (1.3.) beogen een indruk te verkrijgen ten aanzien van het gedrag van de huisvrouwen in een situatie, waarbij een stoornis in de gezondheid wordt ervaren.

Zoals reeds opgemerkt is (6.1.), wordt dit gedrag, bijvoorbeeld het inroepen van de hulp van de huisarts, door velerlei factoren bepaald.

Naar de redactie van de zevende vraagstelling van ons onderzoek dient nagegaan te worden of er een verband is aan te tonen tussen de neurotische dispositie van de huisvrouwen en hun gedrag bij het optreden van een stoornis in de eigen gezondheid.

6.5.1. *Neurotische labiliteit en het gedrag*

Teneinde te kunnen onderzoeken, of een dergelijk verband bij de huisvrouwen in ons onderzoek was aan te tonen, werd in samenwerking met de eerder genoemde werkgroep een vragenlijst ontworpen voor het meten van dit gedrag (zie bijlage III E).

Uit een groot aantal hypothetische situaties, die door een aantal artsen vanuit de praktijkervaring waren ingebracht, werden na een proefonderzoek 1.6.) 31 situaties geselecteerd, waarmee de uiteindelijke lijst werd samengesteld.

Bij de beantwoording kon de respondente kiezen uit tien alternatieve mogelijkheden van actie, van respectievelijk 'niets doen' tot 'de dokter bellen voor een huisbezoek'.

Bij de bewerking van de gegevens zijn deze tien alternatieven gereduceerd tot twee keuzemogelijkheden, respectievelijk: 'de huisarts niet inschakelen' (antwoorden 0 tot en met 5) en 'de huisarts wel inschakelen' (antwoorden 6 tot en met 9). Deze reductie is ons inziens geoorloofd, omdat een en ander eerst achteraf geschiedde, nadat de respondenten hun keuze vrijelijk bepaald hadden. Zou men immers bij de enquête slechts twee alternatieven gesteld hebben, dan zouden sommige respondenten

hun keuze mogelijk in afwijking van hun normale gedragspatroon bepaald hebben.

De 424 huisvrouwen werden verdeeld over een drietal categorieën alnaargelang het aantal malen dat zij (in de enquête) aangaven, de hulp van de huisarts te zullen inroepen. In principe kon maximaal 31 maal de hulp van de huisarts worden gekozen (31 hypothetische situaties, zie bijlage III E).

Deze drie categorieën van respectievelijk 0 t/m 7, 8 t/m 15 en 16 t/m 31 maal een antwoord, waarbij een beroep op de arts werd gedaan, werden samengesteld met als uitgangspunt de gemiddelde score van de 424 huisvrouwen. Dit gemiddelde bedroeg twaalfmaal. Op grond van deze caesuur werden ongeveer 23% van de huisvrouwen in de categorie 0 t/m 7, 51% in de categorie 8 t/m 15 en 26% in de categorie 16 t/m 31 ingedeeld.

In tabel 52 is vermeld, hoe de vrouwen van deze drie categorieën waren verdeeld naar de graad van neuroticisme.

TABEL 52. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN DE ENQUÊTE NAAR HET AANTAL MALEN, DAT ZIJ HET ALTERNATIEF VAN HULP DOOR DE HUISARTS KOZEN IN 31 VERSCHILLENDE HYPOTHETISCHE SITUATIES EN NAAR DE NEUROTISCHE DISPOSITIE

Score voor neuroticisme N-schaal (volgens tabel 50)	Laag	Middelmatig	Hoog	Totaal
Aantal situaties, waarbij de huisarts ingeschakeld werd				
0 t/m 7 maal	19 (17,6%)	38 (24 %)	40 (25,3%)	97
8 t/m 15 maal	60 (55,6%)	77 (48,7%)	80 (50,6%)	217
16 t/m 31 maal	29 (26,8%)	43 (27,3%)	38 (24,1%)	110
Totaal aantal vrouwen	108 (100%)	158 (100%)	158 (100%)	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen huisvrouwen die 0 t/m 7, respectievelijk 8 t/m 15 en 16 t/m 31 maal opgaven de huisarts te zullen raadplegen, naar de score voor neuroticisme:

$$\chi^2 = 2,77 \quad P = 0,59$$

De verdeling in tabel 52 toont geen samenhang tussen de neurotische labiliteit en de keuze van hulp door de huisarts als alternatief van hulpverlening bij een stoornis in de gezondheid.

Volgens dezelfde procedure van benadering kon wel een samenhang aangetoond worden tussen de graad van extraversie (A.B.V.) enerzijds en het gedrag van de huisvrouwen – met betrekking tot het inroepen van de hulp van de huisarts – anderzijds ($0,01 < P < 0,02$). Extraverte huisvrouwen consulteerden volgens hun opgave de huisarts frequenter dan de andere huisvrouwen.

Het aantal ervaren klachten bleek geen invloed te hebben op de keuze

van de huisvrouwen met betrekking tot de hulpverlening door de huisarts ($P < 0.25$).

6.5.2. *Concluderend* kan gesteld worden, dat de huisvrouwen in ons onderzoek bij een hogere graad van neurotische labiliteit dus geen grotere neiging vertoonden om de hulp van de huisarts te kiezen uit een reeks van alternatieve mogelijkheden van hulpverlening in een aantal situaties, waarbij uitgegaan werd van een stoornis in de gezondheid. De meer extraverte huisvrouwen daarentegen, deden volgens hun opgave bij de enquête eerder een beroep op de huisarts dan de huisvrouwen met een introverte persoonlijkheid.

De neurotisch labiele huisvrouwen hadden dus weliswaar méér klachten dan de vrouwen met een meer stabiele persoonlijkheid (6.4.2.) maar zij zouden hun klachten volgens hun opgave in de enquête relatief niet vaker ter kennis van de huisarts brengen. Zij voelden zich minder gezond dan de laatsten en koesterden een weinig optimistische verwachting voor hun toekomstige gezondheid.

Deze bevinding kan voor de huisarts van belang zijn, omdat de patiënten met een grotere dispositie voor neurose een categorie van 'high risks' vormen, waaraan hij tijdig aandacht moet besteden. De Amsterdamsche Biografische Vragenlijst is (door zijn lengte) ongeschikt als diagnostisch instrument in de praktijk van de huisarts. Het lijkt evenwel van groot belang voor gebruik door de huisarts een kortere vragenlijst voor het opsporen van neurotische labiliteit te ontwikkelen.

6.6. MEDISCHE KENNIS EN HET GEDRAG BIJ HET OPTREDEN VAN KLACHTEN

De laatste vraagstelling van ons onderzoek (1.3.) is gebaseerd op de hypothese, dat kennis van medische zaken van invloed is op het gedrag van de patiënte met betrekking tot het al of niet inroepen van medische hulp.

In paragraaf 4 van dit hoofdstuk werd reeds opgemerkt, dat naast non-cognitieve persoonlijkheidskenmerken ook de cognitieve kenmerken van de persoonlijkheid een rol spelen bij het ziektegedrag van de patiënte. In paragraaf 1 werd gerefereerd aan het onderzoek van Tagliacozzo, waarbij verbanden werden gevonden tussen de kennis van medische zaken van de patiënt en diens medewerking bij de behandeling door de arts.

6.6.1. *Medische kennis en het aantal klachten*

In het kader van ons onderzoek hebben wij ons daarom afgevraagd, of een hoger niveau van medische kennis van invloed zou zijn op het aantal klachten, dat door de huisvrouwen bij de enquête werd opgegeven en op hun gedrag bij het ervaren van een gezondheidsstoornis.

Men kan veronderstellen, dat een betere kennis van medische zaken niet zozeer van invloed is op het ervaren van klachten en gezondheidsstoornissen als wel op het gedrag bij ziekte, de interpretatie van de gesignaleerde symptomen.

Een typisch voorbeeld van een en ander uit de dagelijkse praktijk, aan alle huisartsen welbekend: de rode-streep-op-de-arm bij lymphanitis. Vele patiënten geraken bij het constateren van dit symptoom in paniek en consulteren onmiddellijk hun huisarts. Meer ontwikkelde patiënten met enige kennis van medische zaken volstaan nogal eens met een nat verband of een sodabadje.

De kennis van medische zaken werd bepaald aan de hand van een eigen lijst (bijlage III D), een vijftientigtal statements, die tot stand kwam met medewerking van de werkgroep Keuzevak-1970 van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Alle 424 huisvrouwen vulden deze lijst volledig in. De score werd berekend naar het aantal goede antwoorden. Hierbij was het 'goede antwoord', het antwoord dat volgens de werkgroep gegeven moest worden. De lijst is namelijk samengesteld uit die 25 items, die uit een oorspronkelijk veel groter aantal zijn overgebleven na selectie op basis van het criterium, dat bij de artsen van de werkgroep honderd procent overeenstemming bestond ten aanzien van het juiste antwoord.

De 25 mogelijke scores werden ten behoeve van de verdere bewerking teruggebracht tot een drietal categorieën, respectievelijk 0 t/m 6 punten, 7 t/m 16 punten en 17 t/m 25 punten. Deze rubricering werd geconstrueerd aan de hand van de modus, de meest voorkomende score. De drie categorieën omvatten respectievelijk 41, 218 en 165 huisvrouwen. De meerderheid der geënquêteerde vrouwen behaalde dus een middelmatig goede score voor medische kennis (tabel 53).

TABEL 53. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN DE ENQUÊTE NAAR HET AANTAL OPgegeven KLACHTEN (A.K.V.) EN HET NIVEAU VAN HUN MEDISCHE KENNIS (0 T/M 6 = LAAG, 7 T/M 16 = MIDDELMATIG EN 17 T/M 25 = HOOG)

Aantal opgegeven klachten	Niveau van medische kennis			Totaal
	Laag	Middelmatig	Hoog	
0 t/m 7 klachten	15 (36,6%)	72 (33 %)	56 (33,9%)	143
8 t/m 20 klachten	18 (43,9%)	99 (45,4%)	91 (55,2%)	208
21 t/m 79 klachten	8 (19,5%)	47 (21,6%)	18 (10,9%)	73
Totaal aantal vrouwen	41 (100%)	218 (100%)	165 (100%)	424

χ^2 toets voor het verschil tussen huisvrouwen die weinig, matig veel en veel klachten opgaven naar het niveau van medische kennis:

$\chi^2 = 8,52$ $P = 0,07$

In tabel 53 zijn de door ons onderscheiden drie niveaus van medische kennis gerelateerd aan het aantal klachten in de (eerder beschreven) categorieën.

De meeste huisvrouwen bevinden zich, zowel naar het niveau van de medische kennis als naar het aantal klachten, in de middelste categorieën. Tussen beide variabele factoren bestaat evenwel geen aanwijsbaar verband ($P = 0,07$).

Voor de graad van neuroticisme kon evenmin als voor de mate van sociale extraversie een verband met de medische kennis van de huisvrouwen aangetoond worden ($P < 0.25$, resp. $P < 0.50$).

6.6.2. Medische kennis en het gedrag ten aanzien van hulpverlening door de huisarts

Het niveau van medische kennis bij de huisvrouwen vertoonde daarentegen wel samenhang met het gedrag bij het ervaren van een stoornis in de gezondheid. In tabel 54 is het niveau van medische kennis betrokken op de keuze ten aanzien van het al of niet inroepen van de hulp door de huisarts (zie paragraaf 5.1. van dit hoofdstuk).

TABEL 54. VERDELING VAN DE HUISVROUWEN NAAR HET AANTAL MALEN DAT ZIJ KOZEN VOOR HET ALTERNATIEF VAN HULP DOOR DE HUISARTS EN NAAR HET NIVEAU VAN MEDISCHE KENNIS

Aantal situaties waarbij de huisarts ingeschakeld werd	Niveau van medische kennis						Totaal
	Laag		Middelmatig		Hoog		
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.	
0 t/m 7 maal	13	31,7	41	18,9	43	26,2	97
8 t/m 15 maal	11	26,8	112	51,3	94	56,9	217
16 t/m 31 maal	17	41,5	65	29,8	28	16,9	110
Totaal aantal vrouwen	41	100	218	100	165	100	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen, die respectievelijk 0 t/m 7 maal, 8 t/m 15 maal en 16 t/m 31 maal aangaven de hulp van de huisarts te vragen naar het niveau van medische kennis: $\chi^2 = 19,73$ $P < 0,001$

Blijkens de gegevens van tabel 54 bestaat er een negatieve samenhang tussen het niveau van medische kennis van de huisvrouwen enerzijds en hun (in de enquête opgegeven) gedrag van hulpverlening door de huisarts anderzijds.

Huisvrouwen met een betere kennis van medische zaken kozen in het algemeen minder vaak het alternatief van hulpverlening door de huisarts in de 31 opgegeven hypothetische situaties.

6.6.3. *Samenvattend* is de belangrijkste bevinding, dat kennis van medische zaken invloed bleek te hebben op het gedrag van de huisvrouwen ten aanzien van het inroepen van de hulp van de huisarts.

Bij deze uitkomst dient opgemerkt te worden, dat hieruit niet afgeleid kan worden dat deze huisvrouwen, naarmate zij een betere medische kennis bezaten, de hulp van de huisarts een minder geschikte vorm van hulpverlening vonden. Veeleer zal er sprake zijn van een juistere keuze van hulpverlening uit de scala van mogelijkheden, van zelfmedicatie tot het ogenblikkelijk oproepen van de huisarts. Huisvrouwen met een onvoldoende kennis van medische zaken zullen naar verhouding vaker een onjuiste beslissing nemen bij het ervaren van een gezondheidsstoornis. Op deze wijze is mogelijk het hoge percentage (31,7%, tabel 54) voor de huisvrouwen met een lage medische kennis en een lage consultatie-frequentie, te verklaren door het niet inroepen van de hulp van de huisarts wanneer zulks juist wel de goede beslissing geweest zou zijn.

6.7. DE KENT-TEST EN DE N.I.S.S.O.-VRAGENLIJST

De enquête bevatte in het kader van het genoemde keuzevak 1970 van de medische studenten (1.4.) nog een aantal andere vragenlijsten: de Kent-test en de N.I.S.S.O.-vragenlijst (6.2.2.).

De resultaten van deze enquête-onderdelen zijn evenwel weinig bruikbaar gebleken voor ons eigen onderzoek. Enige bevindingen zijn summier te vermelden.

6.7.1. *De intelligentie* van de huisvrouwen werd bepaald met behulp van de Kent-test (bijlage III F). Zoals reeds in paragraaf 2.3. van dit hoofdstuk werd gesteld, zijn de resultaten van deze meting ons inziens niet betrouwbaar.

De informatie bij de Kent-test onderscheidt zeven categorieën van intelligentie. Van laag tot hoog bleken de 424 huisvrouwen tamelijk gelijkmatig over deze categorieën verdeeld: 53, 48, 49, 51, 61, 59, 103. De categorie met het hoogste niveau omvat relatief de meeste huisvrouwen, omdat de Kent-test in de hogere niveaus niet verder differentieert.

Voorzover de Kent-test enige indruk omtrent de intelligentie kan verschaffen, blijken de huisvrouwen uit ons onderzoek geen grote aantallen zwak- en minder begaafden te bevatten.

Tussen het niveau van intelligentie, gemeten volgens de Kent-test en het aantal opgegeven klachten kon door ons geen verband worden aangetoond ($P < 0,50$). Tussen het niveau van medische kennis en de graad van intelligentie bestond, zoals te verwachten, een hoog significante samenhang ($P < 0,005$).

6.7.2. *De N.I.S.S.O.-lijst* is een nog niet gepubliceerde vragenlijst van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek.

Deze lijst is door medewerkers van genoemd Instituut samengesteld in

verband met een onderzoek naar de huwelijksbeleving en huwelijks-satisfactie bij een groot aantal echtparen. Door bereidwillige medewerking van de staf van het N.I.S.S.O. konden wij bij onze enquête van deze questionnaire gebruik maken.

Onze bedoeling was, om in het kader van het parallel lopend Keuzevak-onderzoek (I.I.) met behulp van de N.I.S.S.O.-lijst enige informatie te verkrijgen omtrent de huwelijksituatie bij de huisvrouwen van ons onderzoek.

De N.I.S.S.O.-lijst is opgebouwd uit drie onderdelen:

- een vragenlijst naar de huwelijksaanpassing en de beleving van het eigen huwelijk;
- een vragenlijst ter meting van de sociale angst als een kenmerk van de persoonlijkheid;
- een aantal vragen betreffende de fundamentele interpersoonlijke relaties.

Bij factoranalyse, die door de werkgroep Keuzevak-onderzoek op de items van deze lijst in relatie met een groot aantal andere variabelen uit ons onderzoekmateriaal werd uitgevoerd, werden evenwel weinig resultaten verkregen, die voor ons onderzoek bruikbaar waren.

Tussen de scores van de huisvrouwen voor sociale angst (het tweede onderdeel van de N.I.S.S.O.-lijst) enerzijds en het aantal klachten dat door hen (op de A.K.V.) werd opgegeven bestond een positief verband ($P < 0,001$). Ook tussen de actuele gezondheidsbeleving en de score voor sociale angst werd een samenhang gevonden ($P < 0,01$). Huisvrouwen met een grote angst in het maatschappelijk verkeer waardeerden hun actuele gezondheid lager dan de vrouwen met een lage score voor sociale angst.

Bij vergelijking van de resultaten van dit onderdeel van de N.I.S.S.O.-lijst met de scores voor neuroticisme op de Amsterdamse Biografische Vragenlijst bleek tussen de scores van de huisvrouwen op beide lijsten een significante samenhang te bestaan, zowel voor de N-score als voor de NS-score van de A.B.V. ($P < 0,001$).

Aangezien de bewerking van de N.I.S.S.O.-lijst geen resultaten opleverde met betrekking tot mogelijke correlaties tussen een aantal variabelen uit ons onderzoek en de scores van de huisvrouwen voor de huwelijksaanpassing en de huwelijksbeleving, hebben wij ons bepaald tot analyse van de antwoorden op een der vragen van dit onderdeel van de N.I.S.S.O.-lijst (zie bijlage III G). De bedoeling was, om aldus toch nog een indruk te verkrijgen ten aanzien van de subjectieve huwelijksbeleving bij de huisvrouwen van onze onderzoekpopulatie.

De redactie van deze over-all-vraag (zie bijlage III G) luidt: 'alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig is Uw huwelijk?'

De zeven mogelijke antwoorden van 'buitengewoon gelukkig' tot 'zeer ongelukkig' werden door ons teruggebracht tot drie categorieën: gelukkig, gemiddeld gelukkig en ongelukkig.

In totaal werd door 378 huisvrouwen een antwoord op deze vraag gegeven. Voor de desbetreffende huisvrouwen zijn deze antwoorden gerelateerd aan het opgegeven aantal klachten alsmede aan de score voor de subjectieve gezondheidsbeleving.

Op grond van hetgeen in de literatuur wordt vermeld (inleiding, paragraaf 4) was immers te verwachten, dat een samenhang zou bestaan tussen de actuele gezondheid en -gezondheidsbeleving bij de huisvrouwen enerzijds en hun huwelijksatisfactie anderzijds.

Op de bovenbeschreven wijze (dus aan de hand van de over-all-vraag van de N.I.S.S.O.-lijst) kon bij de huisvrouwen evenwel dit verband niet worden aangetoond ($P < 0,75$, resp. $P < 0,75$). De meeste vrouwen beoordeelden hun huwelijk als gelukkig (295 vrouwen), terwijl 72 huisvrouwen hun huwelijk als 'gemiddeld gelukkig' waardeerden. Slechts 11 huisvrouwen gaven bij de enquête op dat hun huwelijk ongelukkig was.

6.7.3. *Samenvattend* blijkt uit de resultaten van het enquête-onderzoek geen verband aantoonbaar tussen het intelligentieniveau van de huisvrouwen enerzijds en het aantal door hen ervaren en opgegeven klachten anderzijds.

De huisvrouwen met een grotere sociale angst bleken daarentegen duidelijk meer klachten te hebben dan de andere huisvrouwen, terwijl zij ook hun actuele gezondheid minder gunstig waardeerden dan de laatsten.

De graad van neurotische labiliteit vertoonde bij de huisvrouwen een duidelijk verband met hun niveau van sociale angst.

Met betrekking tot de verdere informatie, welke door middel van de N.I.S.S.O.-lijst werd verkregen, dient opgemerkt te worden dat een en ander ons ten aanzien van de huwelijksbeleving van de huisvrouwen minder inzicht heeft verschaft dan wij hoopten. Dit is te betreuren, omdat op grond van literatuurgegevens – betreffende onderzoek naar de samenhang tussen de huwelijksbeleving en de gezondheidsbeleving – aangenomen mag worden, dat de huwelijksbeleving zeer waarschijnlijk wel van invloed zal zijn op het klachtenpatroon van de huisvrouw. Als belangrijk deel van het interactiesysteem van het gezin kan een slechte huwelijks-situatie een zeer belastende factor vormen met name voor de vrouw, die meer dan de man (Kuypers, 1966) reageert op de situatie in het gezin. Hoewel de huwelijksituatie niet volledig omschreven is met het beeld dat één partner ervan geeft, de 'selfevaluatie' – waardering van een en

ander door de huisvrouw is waarschijnlijk toch een betrouwbaar gegeven, althans een belangrijk gegeven voor de belasting die de huisvrouw daar subjectief aan beleeft. Het heeft ons dan ook verwonderd, dat bij onze huisvrouwen geen samenhang tussen de beoordeling van haar huwelijk en de subjectieve gezondheidsbeleving kon worden vastgesteld. Als mogelijke verklaring komt ons inziens de wijze van enquêteren in aanmerking. De vragen van de N.I.S.S.O.-lijst lagen in de zeer intieme sfeer, hetgeen naar de mening van de enquêteurs de betrouwbaarheid van de antwoorden nadelig beïnvloed heeft. De N.I.S.S.O.-lijst werd als laatste reeks vragen van de (te lange) enquête ingevuld, hetgeen achteraf de vraag heeft opgeworpen of deze opzet van de enquête wel juist is geweest. Bij de evaluatie van het proefonderzoek bleek aan dit punt te weinig aandacht te zijn besteed. Een en ander heeft ook tot gevolg gehad dat het aantal respondenten op dit gedeelte van de N.I.S.S.O.-lijst kleiner was dan op de andere vragenlijsten van de enquête.

Naar onze mening is de negatieve bevinding ten aanzien van de samenhang tussen de huwelijkssatisfactie en de ervaren gezondheid bij de huisvrouwen uit ons onderzoek dan ook met de nodige reserve te beschouwen. Het resultaat is in tegenspraak met de resultaten van andere onderzoekingen (inleiding, paragraaf 4) en de conclusie moet zijn, dat ten deze verder onderzoek noodzakelijk is.

6.8. FREQUENT OPgegeven klachten

In hoofdstuk 4 is vermeld welke aandoeningen min of meer frequent door de huisarts werden geregistreerd. Vooral psychoneurotische stoornissen, infecties van de bovenste luchtwegen en aandoeningen van het bewegingsapparaat werden relatief frequent waargenomen.

Het is opvallend, dat ook bij het vragenlijstonderzoek door zeer veel vrouwen klachten van nerveuze aard werden opgegeven (tabel 55).

TABEL 55. DE VIJF MEEST FREQUENT VERMELDE KLACHTEN BIJ DE ENQUÊTE ONDER 424 HUISVROUWEN

Enquêtenummer A.K.V.	Aard van de klacht	Aantal huisvrouwen	
		abs.	proc.
7	'zich gejaagd of zenuwachtig voelen'	239	56,4
1	'zich dik vinden'	186	43,9
57	'klachten van benen, voeten bij staan'	183	43,2
11	'hoofdpijn, min of meer regelmatig'	180	42,5
85	'veel bloedverlies bij menstruatie'	159	37,5

Psycho-emotionele stoornissen spelen kennelijk een belangrijke rol in het morbiditeitspatroon van de huisvrouw. Dit blijkt uit het relatief grote aandeel van de categorie der nerveus-functionele klachten in het totaal

der gepresenteerde morbiditeit zowel als in het geheel van de enquête.

6.8.1. *Neurotische labiliteit en de aard van de gemelde klachten*

Door neurotisch labiele huisvrouwen werden echter niet alleen zogenaamde neurotische klachten, doch allerlei aandoeningen in een hogere frequentie gemeld dan door de vrouwen met een lage score voor neuroticisme.

Zo was een positieve samenhang aantoonbaar tussen het voorkomen van ongevallen en de graad van neuroticisme ($P = 0,025$).

In tabel 56 wordt een overzicht gegeven van een aantal klachten, waar-

TABEL 56 KLACHTEN EN AANDOENINGEN DOOR DE RESPONDENTEN OP DE ENQUÊTE OPGEGEVEN, UITGEDRUKT IN PROCENTEN VAN HET AANTAL RESPONDENTEN MET EEN A B V -SCORE VOOR NEUROTICISME VAN RESPECTIEVELIJK 91 T/M 100 (HOOG) EN 1 T/M 10 (LAAG)

Aard van de klacht	Hoge n-score	Lage n-score
Neerslachtigheid	78%	0%
Gejaagdheid	90%	14%
Piekeren	75%	3%
Moe-slap-hangerig	70%	12%
Gauw moe bij inspanning	66%	12%
Slecht slapen	46%	6%
Pijn in voeten of benen bij lang staan	65%	26%
Hartkloppingen	38%	3%
Pijn in de rug, uitstralend naar de benen	47%	15%
moe, pijnlijk gevoel in rug	59%	28%
Pijn, stijfheid, kraken in de gewrichten	37%	6%
Snel kortademig	44%	15%
Klachten van de keel	35%	6%
Halfzijdige hoofdpijn	45%	17%
Duizeligheid	42%	15%
Pijn in spieren, stijve nek	33%	6%
Misselijkheid	30%	3%
Flatus, rommelingen in buik	34%	9%
Pijn of moeilijkheden bij het plassen	28%	3%
Pijn of gespannen gevoel in de borsten	33%	9%
Kliertjes of knobbeltjes gevoeld	27%	3%
Eetlustgebrek	29%	6%
Dikke enkels	28%	6%
Pijn op de borst	30%	9%
Veel bloedverlies bij de menstruatie	48%	28%
Slikklachten	19%	0%
Ongelukjes	19%	0%
's Nachts vaak plassen	24%	6%
Verkoudheid	30%	12%
Tintelende handen en voeten	29%	12%
Minder goed geheugen	20%	3%
Pijn bij de menstruatie	28%	12%
Maagpijn	18%	3%
Buikpijn	21%	6%

van de prevalentie bij neurotisch labiele huisvrouwen (N-score 91 t/m 100) sterk afwijkt van de frequentie van voorkomen bij huisvrouwen met een hoge geestelijke stabiliteit (N-score 1 t/m 10).

Geheel arbitrair is omwille van de overzichtelijkheid uitgegaan van die klachten en aandoeningen, waarbij een verschil van tenminste 15% tussen beide categorieën werd gevonden. De volgorde van de klachten in deze tabel is gebaseerd op de grootte van dit verschil en op de volgorde in prevalentie van deze klachten bij de neurotisch labiele vrouwen.

De gegevens van tabel 56 zijn slechts bedoeld ter illustratie van het klaarblijkelijke feit, dat *allerlei* klachten en aandoeningen door neurotisch labiele patiënten in grotere frequentie worden gepercipieerd dan door geestelijk meer stabiele patiënten.

De onderscheiding tussen psycho-neurotische (of psycho-emotionele) stoornissen en functionele klachten (6.4.1.) is problematisch. Het criterium dat bij dit onderscheid wordt gehanteerd is gebaseerd op de wijze waarop de klacht wordt gepresenteerd: al of niet 'georganiseerd', dat wil zeggen geconverteerd in een 'organische' klacht. Dezelfde huisvrouwen die in de enquête psycho-neurotische klachten meldden, rapporteerden óók functionele klachten.

Functionele klachten worden gekarakteriseerd als klachten, waarvoor bij (eventueel uitgebreid) medisch onderzoek geen organisch substraat wordt gevonden. Voor elke zogenaamde functionele klacht heeft deze omschrijving echter een relatieve betekenis. De geschiedenis van de medische wetenschap zal moeten leren of en voor welke klachten deze definitie houdbaar is.

De huisvrouwen met een hoge score voor neuroticisme ervoeren niet alleen psycho-neurotische en functionele, maar ook objectiveerbare somatische gezondheidsstoornissen in hogere frequentie dan de meer stabiele persoonlijkheden. Het is alleszins denkbaar, dat de persoonlijkheid van de patiënt niet alleen bepalend is voor het al of niet optreden van psycho-neurotische klachten, maar evenzeer van invloed is op de bevatelijkheid voor alle andere gezondheidsstoornissen. De reeds gereleveerde onderzoeken van Hinkle (Inl. 5) wijzen in deze richting.

6.8.2. *Het huisvrouwen-syndroom*

Bij neurotisch labiele vrouwen van ons onderzoek blijken vooral klachten van: neerslachtigheid-gejaagdheid-prikkelbaarheid-lusteloosheid-slape-loosheid-moeheid, frequent voor te komen. Deze klachten vormen de kern van het in verschillende variaties beschreven 'neurastheen syndroom' (Inl. 3). Bij de huisvrouwen die dit syndroom vertonen, zullen een aantal klachten van uiteenlopende aard: aandoeningen van de tractus urogenitalis-spierpijn-gewrichtsklachten-neuralgieën-hoofdpijn, het ziektebeeld

completeren. De dispositie die de vrouw, met name de gehuwde vrouw met kinderen, met betrekking tot bepaalde aandoeningen bezit zal de entourage van het 'kernsyndroom' kleuren. Uit het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit is gebleken, dat de huisvrouwen een grotere prevalentie van psychische stoornissen vertoonden dan hun mannen en ongehuwde vrouwen. Uit de combinatie van enerzijds dit gegeven en anderzijds de resultaten van de enquête wordt duidelijk, dat het 'neurastheen syndroom' zich relatief frequent zal manifesteren bij huisvrouwen. Bijgevolg is het misschien toch gerechtvaardigd te spreken van een 'huisvrouwensyndroom' (Hoffmeyer, zie Inl. 3) als een variant van het neurastheen syndroom.

6.9. DE RESULTATEN VAN HOOFDSTUK 6 OVERZIENDE kan gesteld worden, dat de huisvrouwen een aanzienlijk gedeelte van de ervaren gezondheidsstoornissen niet ter kennis van de arts brachten. De Verhouding tussen de gepresenteerde morbiditeit en de ervaren morbiditeit was respectievelijk circa 20% tegen 80%. Voor de onderscheiden klachten en aandoeningen was deze verhouding echter zeer verschillend.

Zowel in het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit als in het enquête-gedeelte van onze exploratie bleken psychische stoornissen de hoogste prevalentie te hebben.

De invloed van de persoonlijkheid van de huisvrouw op haar subjectieve gezondheidsbeleving werd bestudeerd aan de hand van de graad van neuroticisme, een maat voor de dispositie tot neurose. Bij de 424 huisvrouwen van het onderzoek werd een positieve samenhang gevonden tussen de neurotische labiliteit en het aantal ervaren klachten.

Er was ten deze een duidelijk verschil tussen vrouwen met een hoge en vrouwen met een lage score voor de graad van neuroticisme. Neurotisch labiele huisvrouwen bleken ook hun actuele gezondheid als minder gunstig te ervaren dan de huisvrouwen met een hogere graad van stabiliteit. Ook de verwachting met betrekking tot de toekomstige gezondheid was bij de neurotisch labiele huisvrouwen minder gunstig dan bij de geestelijk meer stabiele patiënten. Niet alleen psychoneurotische klachten, doch ook duidelijk objectiveerbare stoornissen in de gezondheid werden door patiënten met een hoge graad van neuroticisme frequenter gesignaleerd dan door patiënten met een zekere geestelijke stabiliteit.

Het gedrag met betrekking tot het al of niet inroepen van de hulp van de huisarts als alternatief van hulpverlening – bij het optreden van gezondheidsstoornissen – toonde geen samenhang met de geestelijke stabiliteit van de huisvrouwen. De meer extraverte huisvrouwen deden daarentegen, volgens hun opgave bij de enquête, eerder een beroep op de huisarts dan de introverte huisvrouwen.

Kennis van medische zaken toonde een duidelijk verband met het gedrag bij het optreden van ziekte. Huisvrouwen met een grotere medische kennis deden minder snel een beroep op de huisarts dan vrouwen met een lage score voor medische kennis. Tussen de eigen waardering van de huwelijkssituatie enerzijds en de subjectieve gezondheidsbeleving anderzijds kon bij de huisvrouwen geen verband worden aangetoond.

Deze laatste bevinding dient echter met de nodige restrictie te worden geïnterpreteerd, omdat (naar achteraf gebleken is) de opzet van de enquête niet heeft voldaan met betrekking tot de eisen, die aan een onderzoek naar de huwelijkssatisfactie zijn te stellen.

Bij de huisvrouwen werd relatief frequent een combinatie van klachten waargenomen, die men het best kan omschrijven als het 'neurastheen syndroom van de huisvrouw', een variant van het 'neurastheen syndroom'.

Ten aanzien van de enquête kan tenslotte worden opgemerkt, dat de respondentie zeer groot was en dat slechts weinig vrouwen hun medewerking weigerden.

De methode van enquête is een zeer geschikte vorm van onderzoek in de praktijk van de huisarts.

7 DE AAN DE HUISARTS GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT EN DE GEGEVENS VAN HET ENQUETE-ONDERZOEK MET ELKAAR IN VERBAND GEBRACHT

7.1. ENKELE BEVINDINGEN UIT HET ENQUETE-ONDERZOEK

In het voorgaande hoofdstuk, betreffende het enquête-onderzoek, is getracht enig inzicht te verwerven ten aanzien van het gedrag van de huisvrouwen bij het ervaren van gezondheidsstoornissen.

Blijkens de resultaten van de enquête (6.5.1.) was er bij de huisvrouwen geen samenhang aantoonbaar tussen de graad van *neurotische labiliteit* en de neiging – bij het optreden van klachten – de huisarts te consulteren. Met andere woorden gezegd: de ‘drempel naar de dokter’ bleek voor neurotisch labiele huisvrouwen niet lager dan voor geestelijk meer stabiele vrouwen.

De mate van *sociale extraversie* bleek daarentegen wel van invloed op de keuze van de vrouwen met betrekking tot de wijze van hulpverlening in een aantal aan hen voorgelegde hypothetische situaties (6.5.1.). Extraverte patiënten zouden volgens de bevindingen van het enquête-onderzoek eerder een beroep op de huisarts doen dan meer introverte persoonlijkheden.

Een derde resultaat tenslotte, dat wij hier in herinnering brengen, is het aangetoonde verband tussen de *medische kennis* van de huisvrouwen enerzijds en hun gedrag bij het ervaren van gezondheidsstoornissen anderzijds.

Huisvrouwen met een grotere kennis van medische zaken kozen naar verhouding minder vaak het alternatief van hulpverlening door de huisarts uit een reeks aangegeven mogelijkheden van hulpverlening bij de geschetste hypothetische gezondheidsstoornissen (6.6.2.).

Deze uitkomsten zijn het resultaat van de bewerking van de enquêtegegevens van de 424 huisvrouwen, die aan het vragenlijst-onderzoek hebben deelgenomen. Bij deze interessante uitkomsten van het enquête-onderzoek dringt zich de vraag op, in hoeverre een en ander zich afspiegelt in de gegevens van het onderzoek naar de in werkelijkheid gepresenteerde morbiditeit.

7.2. ENQUÊTERESULTATEN EN GEGEVENS VAN DE CONTINUE MORBIDITEITS REGISTRATIE

Wanneer enquêtegegevens zijn te beschouwen als een weergave van de werkelijkheid, zal bij de huisvrouwen uit ons onderzoek mogelijk ook een samenhang zijn aan te tonen tussen bovengenoemde persoonlijkheidsfactoren enerzijds en de door hen ter kennis van de huisarts gebrachte morbiditeit anderzijds. Immers waar de vrouwen in de enquête aangaven, de huisarts te zullen raadplegen en zulks in voorkomende situaties ook werkelijk deden, zal dit tot uiting komen in de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie, bijvoorbeeld in het aantal gepresenteerde aandoeningen of in het aantal arts-patiënt contacten van de desbetreffende huisvrouwen.

Alhoewel ons onderzoek niet is opgezet voor de toetsing van deze, inmiddels gedane bevindingen – de enquête werd gehouden buiten de periode van het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit – leek het toch gewenst en mogelijk deze terugkoppeling te maken. *Gewenst*, omdat – zoals werd opgemerkt – de daardoor bevestigde uitkomsten van de enquête dan meer betekenis hebben. *Mogelijk*, daar het niet waarschijnlijk is dat genoemde persoonlijkheidskenmerken in korte tijd zullen veranderen. Neuroticisme en extraversie zijn tamelijk permanente persoonlijkheidsfactoren (6.4.1.) en ook de medische kennis zal bij weinig vrouwen in een kort tijdsbestek veranderen.

Bij een ideale opstelling van onderzoek zou zowel de registratie van de gepresenteerde morbiditeit als de inzameling van enquêtegegevens gelijktijdig dienen te geschieden (6.3.2.). Tegenover deze tekortkoming bij de opzet van ons onderzoek, staat evenwel bij de laatstgenoemde methode het bezwaar van beïnvloeding van het feitelijk gedrag van de patiënt, wanneer deze ervan op de hoogte is dat elke klacht en iedere aandoening wordt geregistreerd.

Op grond van resultaten van ons weliswaar bekend, doch nog niet gepubliceerd onderzoek mogen wij aannemen, dat ook het al of niet presenteren van ervaren klachten aan de huisarts een tamelijk consistent gedragskenmerk is. Blijkens de bevindingen bij verschillende onderzoeken (6.1.) is dit gedrag evenzeer of zelfs méér afhankelijk van psychologische, sociale en culturele factoren dan van de ernst van de klacht of van het aantal klachten.

Bij de huisvrouwen in ons onderzoek kon geen samenhang worden aangetoond tussen het aantal klachten en hun – in de enquête opgegeven – gedrag met betrekking tot het inroepen van de hulp van de huisarts ($P < 0,25$).

7.3. ENKELE RELEVANTE BEVINDINGEN VAN ONS ENQUÊTE-ONDERZOEK NOG EENS SAMENGEVAT

Terwille van de overzichtelijkheid zijn hier enkele belangrijke uitkomsten van het enquête-onderzoek te recapituleren.

Bij de huisvrouwen kon een samenhang worden aangetoond tussen de neurotische labiliteit en het aantal ervaren klachten (6.4.2.), maar niet tussen deze genoemde variabele factoren enerzijds en het gedrag van de huisvrouwen – bij het ervaren van gezondheidsstoornissen – anderzijds (6.5.1.). De medische kennis van de huisvrouwen toonde een duidelijke samenhang met het gedrag bij het optreden van klachten (6.6.2.). Er werd, zoals misschien verwacht kon worden, geen verband aangetoond tussen het niveau van medische kennis bij de huisvrouwen enerzijds en het aantal door hen ervaren gezondheidsstoornissen anderzijds (6.6.1.)

Voor de graad van neuroticisme werd evenmin als voor de sociale extraversie een verband met de medische kennis van de huisvrouwen gevonden (6.6.1.)

De sociale extraversie vertoonde geen verband met het aantal door de vrouwen ervaren klachten (6.4.2.), doch wel met hun gedrag met betrekking tot de hulpverlening door de huisarts (6.5.1.). Neuroticisme, extraversie en medische kennis spelen waarschijnlijk als van elkaar onafhankelijke factoren een rol bij het 'overschrijden van de drempel naar de huisarts'.*

7.4. NEUROTICISME, SOCIALE EXTRAVERSIE, MEDISCHE KENNIS EN DE GEPRESENTEERDE MORBIDITEIT

Ter afronding van ons onderzoek en als een aanloop tot toetsing van de resultaten van onze enquête, zal getracht worden enkele uitkomsten van de enquête te vergelijken met de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie. De kwantitatieve aspecten van de gepresenteerde morbiditeit kunnen uitgedrukt worden in het aantal verrichtingen door de huisarts voor de desbetreffende huisvrouwen (5.2.).

7.4.1. *Neuroticisme en het aantal verrichtingen*

Blijkens de gegevens van het enquête-onderzoek zou er géén verband bestaan tussen de graad van neuroticisme bij de huisvrouwen en hun opgegeven gedrag met betrekking tot hulpverlening door de huisarts (6.5.1.).

Bij vergelijking van het aantal geregistreerde arts-patiënt contacten met deze bevinding uit de enquête dient men te bedenken, dat huisvrouwen met een hoge graad van neurotische labiliteit méér klachten

* Tussen de graad van neuroticisme (zowel N-, als NS-score van de A.B.V.) en de mate van sociale extraversie (E-score van de A.B.V.) kon bij de huisvrouwen geen verband worden aangetoond ($0,25 < P < 0,50$).

ervaren dan geestelijk stabiele vrouwen (6.4.2.). Al is de hoogte van de 'drempel naar de arts' onafhankelijk van de geestelijke stabiliteit, huisvrouwen met zeer veel klachten zullen toch een groter aantal contacten met de huisarts hebben dan vrouwen met weinig of geen klachten. Bij dezelfde 'drempelwaarde' kan er zodoende toch verschil optreden ten aanzien van het aantal verrichtingen tussen geestelijk stabiele en geestelijk labiele patiënten.

TABEL 57. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN HET ENQUÊTE-ONDERZOEK NAAR DE GRAAD VAN NEUROTICISME EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN DAT VOOR HEN DOOR DE HUISARTS WERD GEREГИSTREERD

*Aantal door de huisarts geregistreerde verrichtingen	Score voor neuroticisme (N-schaal van de A.B.V.)						Totaal
	Laag		Middelmatig		Hoog		
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.	
'Weinig'	61	56,5	85	53,8	66	41,8	212
'Veel'	47	43,5	73	46,2	92	58,2	212
Totaal	108	100	158	100	158	100	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen met veel of weinig verrichtingen door de huisarts, naar de graad van neuroticisme: $\chi^2 = 7$ $P < 0,05$

* Om redenen die zijn vermeld in hoofdstuk 5 paragraaf 3 is voor de verdeling van de huisvrouwen naar het aantal verrichtingen, telkens uitgegaan van de mediaan van het aantal verrichtingen (3.2.1.).

De cijfers van tabel 57 vertonen een stijging van het aantal vrouwen met 'veel' verrichtingen bij de categorie vrouwen met een hoge graad van neuroticisme. Bij de beide categorieën met een lagere neurotische labiliteit zijn de vrouwen met 'weinig' verrichtingen in de meerderheid.

Waarschijnlijk hebben de huisvrouwen met een *hoge* graad van neuroticisme meer contact met de huisarts dan de geestelijk meer stabiele vrouwen, omdat zij veel meer klachten hebben dan de laatsten. Het uiteindelijk ter kennis van de huisarts gebrachte kwantum aandoeningen en klachten wordt immers niet uitsluitend door de 'drempelwaarde' van de individuele patiënt bepaald.

7.4.2. Sociale extraversie en het aantal verrichtingen

Zoals in paragraaf 1 van dit hoofdstuk werd gememoreerd, werd bij de enquête een verband gevonden tussen de graad van extraversie van de huisvrouwen enerzijds en hun (opgegeven) gedrag met betrekking tot de hulpverlening door de huisarts anderzijds. In een poging ook deze bevinding van het enquête-onderzoek te vergelijken met de gegevens van de geregistreeerde morbiditeit, is nagegaan of een verband aantoonbaar was tussen de score voor sociale extraversie op de A.B.V. en het aantal verrichtingen door de huisarts (tabel 58).

TABEL 58. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN HET ENQUÊTE-ONDERZOEK NAAR DE GRAAD VAN SOCIALE EXTRAVERSIE EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN DAT VOOR HEN DOOR DE HUISARTS WERD GEREgistREERD

Aantal door de huisarts geregistreerde verrichtingen	Score voor sociale extraversie (E-schaal A.B.V.)						Totaal
	Laag		Middelmatig		Hoog		
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.	
'Weinig'	65	52	76	46,6	71	52,2	212
'Veel'	60	48	87	53.4	65	47,8	212
Totaal	125	100	163	100	136	100	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen met 'veel' of 'weinig' verrichtingen door de huisarts, naar de graad van extraversie: $\chi^2 = 1,20$ $P = 0,55$.

De cijfers van tabel 58 geven geen stijging te zien van het aantal verrichtingen met de graad van extraversie. De in de enquête gebleken samenhang tussen de graad van extraversie en het gedrag van de huisvrouwen ten aanzien van het al of niet inroepen van de hulp van de huisarts (bij het optreden van klachten) kon derhalve op deze wijze niet gestaafd worden.

7.4.3. Medische kennis en het aantal verrichtingen

De bij de enquête gevonden, duidelijke samenhang tussen de kennis van medische zaken bij de huisvrouwen enerzijds en hun gedrag bij het ervaren van klachten anderzijds, kon bij relatering van het verrichtingsgetal van de huisvrouwen aan hun score voor medische kennis bevestigd worden (tabel 59).

TABEL 59. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN HET ENQUÊTE-ONDERZOEK NAAR HET NIVEAU VAN MEDISCHE KENNIS EN NAAR HET AANTAL VERRICHTINGEN DAT VOOR HEN DOOR DE HUISARTS WERD GEREgistREERD

Aantal door de huisarts geregistreerde verrichtingen	Niveau van medische kennis (enquête)						Totaal
	Laag		Middelmatig		Hoog		
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.	
'Weinig'	16	39,1	101	46,3	95	57,6	212
'Veel'	25	60,9	117	53,7	70	42,4	212
Totaal	41	100	218	100	165	100	424

χ^2 -toets voor het verschil tussen de huisvrouwen met 'veel' of 'weinig' verrichtingen door de huisarts, naar het niveau van medische kennis: $\chi^2 = 6,93$ $P = 0,03$

Alhoewel een relatief groot aantal huisvrouwen met een geringe kennis van medische zaken geen enkel contact met de huisarts had – een bevinding die in overeenstemming is met de enquêteresultaten (6.6.2.) – is in het algemeen ook ten aanzien van de gepresenteerde morbiditeit de

uitkomst, dat bij een hoger niveau van medische kennis door de huisvrouwen minder vaak een beroep op de huisarts werd gedaan.

7.5. DE VERHOUDING TUSSEN HET AANTAL KLACHTEN DAT DOOR DE HUISVROUWEN IN DE ENQUÊTE WERD OPgegeVEN EN HET AANTAL AANDOENINGEN EN KLACHTEN DAT ZIJ TER KENNIS VAN DE HUISARTS BRACHTEN

Door per huisvrouw het aantal in de enquête opgegeven klachten te relateren aan het aantal aandoeningen, dat voor hen door de huisarts werd geregistreerd, is gepoogd een indruk te verkrijgen met betrekking tot de vraag, of er een zekere congruentie bestaat tussen het aan de huisarts gepresenteerde gedeelte van de morbiditeit en het totaal van ervaren gezondheidsstoornissen. Anders gezegd: of er congruentie bestaat tussen het boven-en onderwaterdeel van de 'ijsberg van morbiditeit'. Alhoewel ook voor het antwoord op deze vraag ten aanzien van ons onderzoeksmateriaal dezelfde objectie geldt als in 7.2. werd genoemd, leek het ons toch gerechtvaardigd een en ander vanuit de beschikbare gegevens te onderzoeken.

Bij een verdeling van de huisvrouwen, die aan de enquête hebben deelgenomen, in een viertal gelijke aantallen – kwartielen – opklimmend naar het aantal gepresenteerde aandoeningen, blijkt het gemiddeld aantal klachten per patiënte ook geleidelijk toe te nemen. Het aantal gepresenteerde aandoeningen neemt echter relatief sneller toe dan het aantal klachten (tabel 60).

TABEL 60. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN HET ENQUÊTE-ONDERZOEK IN KWARTIELEN – OPKLIMMEND NAAR HET AANTAL AAN DE HUISARTS GEPRESENTEERDE AANDOENINGEN – NAAR HET AANTAL PER KWARTIEL GEPRESENTEERDE AANDOENINGEN EN IN DE ENQUÊTE OPgegeVEN KLACHTEN (EXCLUSIEF VERLOSKUNDE)

	Eerste kwartiel (0-1 aand.)	Tweede kwartiel (1-2 aand.)	Derde kwartiel (2-4 aand.)	Vierde kwartiel (4-13 aand.)	Totaal
Aantal huisvrouwen	106	106	106	106	424
Aantal gepresenteerde aandoeningen (C.M.R.)	26	185	344	699	1254
Aantal opgegeven klachten (enquête)	1386	1065	1395	1736	5582
Gem. aand./huisvrouw	0,2	1,7	3,2	6,6	2,9
Gem. klachten/huisvrouw	13	10	13,1	16,3	13,1

Opvallend is ook thans weer het grote aantal opgegeven klachten binnen de categorie huisvrouwen van het eerste kwartiel, dat wil zeggen de

categorie vrouwen met 0-1 gepresenteerde aandoeningen. Bij de huisvrouwen, die geen klachten ter kennis van de huisarts brachten, bevindt zich mogelijk een categorie waarbij een zekere 'drempelvrees' ten aanzien van het consulteren van de huisarts een rol speelde.

Bij een andere verdeling van de 424 huisvrouwen – ten aanzien van deze verhouding tussen de gepresenteerde en de ervaren klachten – namelijk een verdeling op basis van de mediaan van het aantal aandoeningen, is de bevinding niet anders (tabel 61).

TABEL 61. VERDELING VAN DE 424 HUISVROUWEN VAN HET ENQUÊTE-ONDERZOEK NAAR HET AANTAL GEPRÉSENTEERDE EN HET AANTAL ERVAREN KLACHTEN EN NAAR HET AANTAL DOOR DE HUISARTS GEREGERISTREERDE AANDOENINGEN (EXCLUSIEF VERLOSKUNDE)

C.M.R. aantal huisvrouwen	'Weinig' aandoeningen 212	'Veel' aandoeningen 212	Totaal 424
	(sub-categorie met nul aandoeningen, 85 huisvrouwen)		
Gepresenteerde aandoeningen	(0) 211	1043	1254
Opgegeven klachten	(1253) 2451	3131	5582
Gemiddeld aantal klachten/huisvrouw	(14,7) 11,5	14,7	13,2

Toetsing met de X^2 -toets geeft een hoog significant verschil te zien tussen de beide categorieën ($P < 0,0001$), met andere woorden: de verdeling over de gepresenteerde aandoeningen is niet onafhankelijk van de verdeling over de opgegeven klachten. Dit geeft ons een globale indruk, conform onze bedoeling. Er zijn derhalve aanwijzingen voor een zekere mate van congruentie tussen de gepresenteerde morbiditeit enerzijds en de ervaren morbiditeit anderzijds. Binnen de categorie huisvrouwen met 'weinig' gepresenteerde aandoeningen bevinden zich echter 85 vrouwen, die geen enkele klacht ter kennis van de huisarts brachten, maar desalniettemin tezamen 1253 klachten bij de enquête opgaven! Door verder onderzoek op geëigend materiaal (6.3.2.) zal moeten blijken hoe de samenhang tussen de gepresenteerde en de ervaren morbiditeit in feite is.

7.6. *Samenvattend* zij gesteld, dat de in dit hoofdstuk beschreven uitkomsten de resultaten van de enquête grotendeels bevestigen. De huisvrouwen met een hoge graad van neuroticisme bleken frequenter contact met de huisarts te hebben gehad dan de geestelijk meer stabiele huisvrouwen, hoewel zij in de enquête opgaven relatief niet vaker de hulp van de huisarts in te roepen dan de andere huisvrouwen. De verklaring

voor het feit dat zij in werkelijkheid toch frequenter contact met de huisarts hadden, moet hoogstwaarschijnlijk gezocht worden in de omstandigheid dat zij meer klachten ervoeren dan de geestelijk stabiele huisvrouwen.

De bij de enquête gevonden samenhang tussen het niveau van medische kennis bij de huisvrouwen enerzijds en hun gedrag bij het ervaren van klachten anderzijds, weerspiegelde zich inderdaad in een groter aantal verrichtingen door de huisarts bij de huisvrouwen met een geringere medische kennis.

De sociale extraversie vertoonde daarentegen geen verband met het feitelijke gedrag van de huisvrouwen, voorzover dat is af te leiden uit het aantal geregistreerde verrichtingen voor deze vrouwen. De meer extraverte huisvrouwen consulteerden de huisarts dus niet vaker dan de andere huisvrouwen, hoewel zij bij de enquête opgaven frequenter een beroep op de huisarts te zullen doen.

Tenslotte leveren de resultaten van ons onderzoek duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van congruentie tussen de door de huisvrouwen aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit en het totaal van de door hen ervaren klachten. Een aantal huisvrouwen bleek echter, ondanks het feit dat zij veel klachten opgaven bij de enquête, geen contact met de huisarts te hebben gehad. Voor sommige van deze huisvrouwen speelde mogelijk een zekere 'drempelvrees' ten aanzien van het consulteren van de huisarts een rol.

Nadere beschouwing van de uitkomsten van ons onderzoek doet ons stellen, dat aan de doelstelling van het onderzoek is voldaan. De bevindingen geven informatie met betrekking tot het voorkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen bij de onderzochte huisvrouwen, alsmede ten aanzien van de betekenis van enkele persoonlijkheidskenmerken voor haar subjectieve gezondheidsbeleving en voor haar gedrag bij het optreden van klachten.

Onze cijfers hebben betrekking op onderzoek door één huisarts in zijn praktijk. De resultaten kunnen bijgevolg nooit meer dan een oriënterende betekenis hebben. Er is echter reden om aan te nemen, dat als gevolg van ons onderzoek – bij een groot aantal huisvrouwen in een doorsnee huisartsenpraktijk – een aantal algemene aspecten van het morbiditeitspatroon van de huisvrouw is onderkend.

Het beeld van ziekte en gezondheid bij de onderzochte huisvrouwen is verduidelijkt. Als er sprake is van een specifiek morbiditeitspatroon van de huisvrouw, dan zal blijken de resultaten van ons onderzoek dit patroon vermoedelijk gekleurd worden door het relatief frequent voorkomen van psycho-emotionele gezondheidsstoornissen.

De bevinding dat een aanzienlijk deel van de klachten en gezondheidsstoornissen, die door de huisvrouwen werden ervaren, niet ter kennis van de huisarts zijn gebracht, stemt overeen met de resultaten van andere onderzoeken naar de verhouding tussen de gepresenteerde en de ervaren morbiditeit (Horder 1954, White-Williams-Greenberg 1961, Folmer 1968 e.a.). Voor bepaalde aandoeningen werd door de huisvrouwen relatief frequent de hulp van de huisarts ingeroepen, terwijl andere klachten en gezondheidsstoornissen – mogelijk toch berustend op potentieel ernstige ziekten – aan diens blikveld onttrokken bleven.

In dit verband vragen wij ons af, of er bij de huisvrouwen niet eerder sprake was van 'onderconsumptie' dan van 'overconsumptie' van medische hulpverlening, in casu hulpverlening door de huisarts. Er wordt dikwijls zo gemakkelijk gezegd dat er bij een of andere patiënt sprake is van 'onnodig gebruik van medische diensten', terwijl elementaire kennis

ten aanzien van de mechanismen, die een rol spelen in het interactiegebied tussen de patiënt met klachten enerzijds en de medische hulpverlening anderzijds, nauwelijks voorhanden is. Zo blijken geheel andere factoren dan alleen de ernst van de klacht bepalend te zijn voor het gedrag van de patiënt bij het ervaren van een stoornis in zijn gezondheid (Stoeckle, 1963). In ons onderzoek hebben wij steun gevonden voor de opvatting van Mechanic (1961) dat het ervaren van een klacht iets geheel anders is als het presenteren van die klacht aan de arts.

De 'overschrijding van de drempel naar de huisarts' wordt door een aantal psychologische, sociale en culturele factoren bepaald, waarvan de betekenis nog onvoldoende is onderkend. Vermeerdering van onze kennis met betrekking tot het gedragspatroon van de patiënt bij ziekte en gezondheid is evenwel een *conditio-sine-qua-non* voor de verbetering van onze hulpverlening (Pflanz, 1965).

In ons onderzoek hebben wij enkele van deze factoren op hun betekenis trachten te evalueren. Daarbij bleken neurotisch labiele huisvrouwen meer klachten te ervaren dan geestelijk stabiele vrouwen. De eersten waardeerden hun eigen gezondheid minder gunstig en deden ook vaker een beroep op de huisarts dan de laatsten. Een en ander kan voor de huisarts meer betekenis krijgen als hij kan beschikken over het diagnostische hulpmiddel van een in de praktijk te hanteren valide vragenlijst voor het opsporen van neurotische dispositie. De in ons onderzoek benutte Amsterdamse Biografische Vragenlijst is daarvoor (door zijn lengte) ongeschikt. Toch is informatie omtrent de geestelijke stabiliteit c.q. - labiliteit van zijn patiënten voor de huisarts van groot belang. De neurotisch labiele persoonlijkheden vormen immers een categorie van 'high risks', waarvoor tijdige aandacht en hulpverlening noodzakelijk is.

Een andere bevinding met meer dan beperkte betekenis is de gebleken samenhang tussen de mate van medische kennis bij de huisvrouwen enerzijds en hun beslissing - bij het ervaren van een gezondheidsstoornis - al of niet de hulp van de huisarts in te roepen anderzijds. De huisvrouwen met een grotere kennis van medische zaken bleken minder snel geneigd de huisarts te consulteren bij het ervaren van klachten. Als dit resultaat bevestigd zou worden in meer representatief onderzoek, dan zou een en ander belangrijke implicaties hebben voor het beleid inzake de gezondheidszorg, de gezondheidsvoorlichting en - opvoeding.

De grote prevalentie van met name psycho-emotionele stoornissen bij de huisvrouwen is waarschijnlijk op te vatten als een gevolg van de belasting, waaraan vele van deze huisvrouwen in de loop van hun leven zijn blootgesteld. De belasting van de huisvrouw is door de zo verscheiden rolverplichtingen dikwijls zwaar en voor vele huisvrouwen blijkbaar te zwaar. Decompensatie in haar functioneren als centrale figuur binnen

het gezin kan zich uiten in klachten en gezondheidsstoornissen. Dit kan consequenties hebben voor het gehele gezin. In de inleiding van dit verslag is uitvoerig aandacht besteed aan de wisselwerking tussen de geestelijke en lichamelijke gezondheid bij de huisvrouw enerzijds en de gezondheid van de overige gezinsleden, met name de kinderen, anderzijds. Het gezinsmatige aspect van ziekte en gezondheid kwam in ons onderzoek ook naar voren in de bevinding dat de kinderen van frequent consulterende moeders eveneens dikwijls ter onderzoek of behandeling kwamen. Het is meestal de moeder, die de hulp van de arts voor het kind inroept. Veel meer dan de vader fungeert zij als intermediair tussen het zieke kind en de arts. Soms echter wordt het kind als ziek gepresenteerd, terwijl de moeder zelf hulp behoeft: 'the child as a presenting symptom' (Balint, 1964). De opzet van ons onderzoek is ten aanzien van de bestudering van dit fenomeen te kort geschoten, hetgeen niet anders dan te betreuren is, omdat deze 'projectiefunctie' van het consulterende kind dikwijls een belangrijke wegwijzer is naar problematiek bij de moeder en in het gezin. Hoe dit ook moge zijn, het is duidelijk dat de huisvrouw en haar gezin meer medische en maatschappelijke aandacht verdienen dan hen thans ten deel valt.

Het beeld van de gezondheid van de huisvrouwen, dat zich in de resultaten van ons onderzoek aftekent, is niet rooskleurig. Een groot aantal huisvrouwen waardeerde de eigen gezondheid als niet optimaal, terwijl ook hun pessimistische verwachting voor de toekomst te denken geeft.

De uitkomsten van onze exploratie hebben enig zicht op 'ziekte en gezondheid bij huisvrouwen' gegeven. Een aantal relevante aspecten ten aanzien van de morbiditeit van de huisvrouw zijn onderkend. Met betrekking tot de positie van de huisvrouw in haar gezin, haar gezondheid en haar ziekten blijft echter nog teveel onbekend. Ten onrechte, want de huisvrouw vervult een van de belangrijkste taken in onze samenleving. Het dynamisch proces van het gezinsleven speelt zich grotendeels via haar, dóór haar af. De gezondheid van de huisvrouw-huismoeder staat in intense en wederkerige relatie tot de gezondheid van de overige gezinsleden. Vele ziekten en gezondheidsstoornissen vertonen een gezinsmatig patroon, waarbij de huisvrouw-huismoeder vrijwel altijd betrokken is.

De relatie met de huisvrouw-huismoeder is voor de huisarts de sleutel tot het gezin. Vrijwel alle behandeling van ziekte in het gezin, maar ook bijna alle preventie en positieve gezondheidszorg kan het meest efficiënt via deze betrekking benaderd worden. Vanuit deze unieke relatie: huisarts-huisvrouw-huisgezin, hebben wij ons onderzoek verricht. Naast het negatieve aspect, dat wij misschien teveel tegelijk hebben willen onderzoeken, vormen onze bevindingen een aanzet tot verder onderzoek naar

het morbiditeitspatroon van de huisvrouw en van haar gezin. Dit onderzoek kan waarschijnlijk het best geschieden vanuit de situatie van de huisarts als gezinsarts, waarbij aan de te stellen eisen met betrekking tot de representativiteit kan worden voldaan door dergelijke exploraties op te zetten als groeps-onderzoekingen door een aantal huisartsen.

Vragen wij ons tenslotte af, welke praktische betekenis aan onze bevindingen kan worden toegekend, dan menen wij te mogen stellen, dat ons onderzoek de aandacht heeft gevestigd op een 'vergeten' categorie patiënten. Een categorie, waarmee de huisarts desalniettemin bijna dagelijks te maken heeft. Een categorie van 'high risks', waaraan ook door de medicus tot op heden te weinig aandacht is besteed.

Moge ons onderzoek er toe bijdragen dat systematische onderzoekingen, naar het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen bij de huisvrouw en haar gezin, verricht gaan worden met het doel te komen tot een betere medische en maatschappelijke zorg voor de huisvrouw.

In de vorige hoofdstukken is een onderzoek beschreven, waarbij de morbiditeit van huisvrouwen centraal is gesteld.

Een jaar continue morbiditeitsregistratie in een middelgrote huisartsenpraktijk vormde de basis van het eerste gedeelte:

het onderzoek naar de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit bij huisvrouwen.

Een enquête in dezelfde praktijk leverde de gegevens voor het tweede deel: een exploratie van de ervaren morbiditeit.

In de *inleiding* wordt aandacht besteed aan de huisvrouw als patiënte. De confrontatie met de problemen van een huisvrouw, moeder van een groot gezin, werd de directe aanleiding tot het onderhavige onderzoek.

De maatschappelijke onderwaardering van de taken van de huisvrouw in haar gezin en de bevinding dat de huisvrouw in de medische literatuur tot op heden nauwelijks in de belangstelling is geweest, hebben geleid tot een exploratief onderzoek in de eigen praktijk. In enkele paragrafen van de inleiding wordt een literatuuroverzicht gegeven betreffende het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen bij vrouwen in het algemeen en bij de huisvrouw en haar gezin in het bijzonder.

Vervolgens wordt gewezen op de positie van de huisarts als sociaal-geneeskundige van het gezin en op diens mogelijkheden tot het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in zijn praktijk.

In *hoofdstuk 1* worden de doelstelling en de vraagstellingen geformuleerd en worden opzet en uitvoering van het onderzoek besproken.

De doelstelling is omschreven als:

‘een poging om meer kennis en inzicht te verkrijgen ten aanzien van het vóórkomen van ziekten en gezondheidsstoornissen bij huisvrouwen’.

Het onderzoek werd opgezet met medewerking van een werkgroep van het Instituut voor Sociale Geneeskunde en het Huisartsen Instituut van de Katholieke Universiteit van Nijmegen.

Na een proefonderzoek in juni 1967 vond het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit plaats over een periode van 12 maanden, van 1 september 1967 tot 1 september 1968.

In het kader van het Keuzevak-1970 voor de medische studenten van de Katholieke Universiteit werd bij dezelfde huisvrouwen een enquête gehouden, waarbij vooral aandacht werd besteed aan de subjectieve gezondheidsbeleving, het ervaren van gezondheidsstoornissen en het gedrag met betrekking tot het al of niet inroepen van medische hulp bij ziekte.

Het onderzoek is verricht in een klein-stedelijke huisartsenpraktijk, waarbij werd uitgegaan van 538 complete gezinnen, waarvan de huisvrouwen in leeftijd varieerden van 20 tot 55 jaar.

Demografische en sociografische gegevens betreffende de praktijk van onderzoek en de onderzoekpopulatie worden verstrekt in *hoofdstuk 2*.

De resultaten van het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit vormen het onderwerp van de *hoofdstukken 3 en 4*.

De 'top van de ijsberg', het aan de huisarts bekende gedeelte van de morbiditeit van een aantal huisvrouwen, is in deze hoofdstukken geanalyseerd naar het getal en naar de aard van verrichtingen en aandoeningen.

Gepoogd is, de gevonden uitkomsten te relateren aan de gegevens, die voor de mannen van deze huisvrouwen en voor een aantal ongehuwde vrouwen werden geregistreerd. Psychische stoornissen, aandoeningen van de tractus urogenitalis, van de tractus circulatorius en endocrinologische en allergische aandoeningen werden bij de huisvrouwen frequenter gesignaleerd dan bij hun mannen. Traumata, aandoeningen van de luchtwegen en ook klachten van het bewegingsapparaat werden daarentegen bij de mannen frequenter waargenomen dan bij hun vrouwen. Deze resultaten stemmen vrij goed overeen met de bevindingen van andere onderzoekers (Brenkman, 1963, Folmer, 1968, Oliemans, 1969, Morrell, 1970).

Bij de jonge huisvrouwen van de onderzoekpopulatie werden onder andere psycho-emotionele gezondheidsstoornissen frequenter geregistreerd dan bij een vergelijkbare categorie ongehuwde vrouwen.

In het algemeen werden voor de huisvrouwen meer verrichtingen en aandoeningen genoteerd dan voor hun mannen en voor ongehuwde vrouwen.

Het getal der verrichtingen door de huisarts vormde het uitgangspunt voor de bestudering van de samenhang tussen de gezinssituatie en de door de huisvrouwen gepresenteerde morbiditeit. In *hoofdstuk 5* zijn enkele gezinsfactoren op deze samenhang bestudeerd.

Een verband werd aangetoond tussen het aantal verrichtingen door de huisarts enerzijds en enkele 'harde' gegevens als: de leeftijd van de huisvrouw – de duur van het huwelijk – het aantal te verzorgen kinderen, anderzijds.

Tussen de huisvrouwen uit de stad en de huisvrouwen van het platteland werd geen verschil gevonden met betrekking tot het aantal verrichtingen door de huisarts.

Voor de wijze van huisvesting van het gezin (al of niet inwonend of inwoning verlenend) en voor de wijze van verzekering tegen het risico van ziekte (ziekenfondslicid of particulier patiënte) werd bij de huisvrouwen geen samenhang met het aantal verrichtingen gevonden. Het lidmaatschap van het gezin van één der kruisverenigingen bleek geen aantoonbare invloed te hebben op het aantal contacten van de huisvrouw met de huisarts.

Voor de maatschappelijkheid van het gezin en de kwaliteit van de gezinswoning werd een verband met het aantal verrichtingen, door de huisarts voor de huisvrouwen, aangetoond.

Hoofdstuk 6 heeft betrekking op het enquête – onderzoek, waarbij onder andere getracht is enig inzicht te verkrijgen in de verhouding tussen de gepresenteerde morbiditeit en het totaal van de ervaren gezondheidsstoornissen. In het algemeen bleken de huisvrouwen viermaal zoveel klachten en aandoeningen te ervaren als zij ter kennis van de huisarts brachten. De verhouding tussen de gepresenteerde en de ervaren morbiditeit was overigens nogal wisselend per afzonderlijke klacht of aandoening. Anders dan men misschien zou verwachten, bleek een en ander niet rechtstreeks afhankelijk van de ernst van de klacht in medische zin.

De betekenis van de persoonlijkheid van de huisvrouw voor haar subjectieve gezondheidsbeleving en haar gedrag bij het ervaren van een stoornis in de gezondheid werd onderzocht aan de hand van enkele persoonlijkheidskenmerken.

Neurotisch labiele persoonlijkheden bleken meer gezondheidsstoornissen te ervaren dan geestelijk meer stabiele vrouwen.

De eersten waardeerden hun actuele gezondheid lager dan de laatsten. Huisvrouwen met een lage waardering van de eigen actuele gezondheid waren ten aanzien van de toekomstige gezondheid pessimistischer dan de vrouwen, die hun eigen actuele gezondheid als optimaal beschouwden. Neurotische dispositie bleek bij de huisvrouwen geen samenhang te vertonen met hun opgegeven gedrag ten aanzien van hulpverlening door de huisarts bij een aantal – in de enquête geschetste – situaties, waarbij werd uitgegaan van een stoornis in de gezondheid. Huisvrouwen met een grotere kennis van medische zaken bleken naar verhouding minder snel geneigd de hulp van de huisarts te vragen bij het optreden van klachten.

Een interessante bevinding is tenslotte, dat huisvrouwen met een hoge graad van neuroticisme niet alleen zogenaamde functionele klachten, maar ook allerlei 'niet-functionele' klachten en gezondheidsstoornissen in grotere frequentie ervoeren dan geestelijk meer stabiele huisvrouwen.

Voor al psycho-emotionele stoornissen als: neerslachtigheid, gejaagdheid, prikkelbaarheid, lusteloosheid, slapeloosheid, moeheid bleken bij de huisvrouwen relatief frequent voor te komen. Met somatische klachten

als spierpijnen, gewrichtsklachten, neuralgieën en aandoeningen van de urinewegen of van de tractus circulatorius vormen zij een voor huisvrouwen typisch syndroom, door Hoffmeyer (1965) omschreven als: het 'neurastheen syndroom van de huisvrouw'.

In *hoofdstuk 7* is gepoogd, enkele bevindingen van het enquête-onderzoek te vergelijken met gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie. Hierbij bleken neurotisch labiele huisvrouwen ondanks de gelijke 'drempelwaarde' – ten aanzien van het consulteren van de huisarts – méér contact met de huisarts te hebben gehad dan geestelijk meer stabiele vrouwen. De eersten hadden echter veel meer klachten dan de laatsten, waardoor zij begrijpelijkerwijze uiteindelijk frequenter contact met de huisarts hadden dan vrouwen met weinig klachten.

Bij vergelijking van het aantal door de huisarts geregistreerde aandoeningen met het aantal door de desbetreffende vrouwen – bij de enquête – opgegeven klachten, bleek inderdaad een verband te bestaan tussen de ervaren morbiditeit en de morbiditeit, zoals deze ter kennis van de huisarts werd gebracht.

De bij het enquête-onderzoek gevonden samenhang tussen de graad van sociale extravertie van de huisvrouwen enerzijds en hun gedrag ten aanzien van het al of niet inroepen van de hulp van de huisarts anderzijds, kon met behulp van de gegevens betreffende de gepresenteerde morbiditeit niet bevestigd worden. Waarschijnlijk spelen de extraverte eigenschappen van de patiënte bij het 'overschrijden van de drempel naar de huisarts' een secundaire rol.

Een opvallende uitkomst bij de relatering van de enquête-gegevens aan de cijfers van de Continue Morbiditeits Registratie was tenslotte de bevinding, dat een betrekkelijk groot aantal huisvrouwen de huisarts in het geheel niet consulteerde, terwijl deze vrouwen niettemin veel klachten bij de enquête vermeldten.

In de *slotbeschouwing* wordt gesteld dat aan de doelstelling van het onderzoek is voldaan. De grote prevalentie van psycho-emotionele stoornissen bij de huisvrouwen verdient verdere aandacht, daar een en ander is op te vatten als een symptoom van decompensatie, van falen in het functioneren als huisvrouw. Voor vele huisvrouwen is de belasting door de zo verscheiden roloverplichtingen binnen het gezin te zwaar. De wanverhouding tussen het aantal door de huisvrouwen ervaren klachten en het gedeelte daarvan dat zij ter kennis van de huisarts brachten, doet de vraag rijzen of er bij vele huisvrouwen niet eerder sprake is van 'onderconsumptie' dan van 'overconsumptie' van de medische hulpverlening door de huisarts.

De bevindingen bij ons onderzoek inzake de invloed van persoonlijkheidsfactoren op het gedrag van de huisvrouwen ten aanzien van de hulp-

verlening door de huisarts, benadrukken het grote belang van een adaequate gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Het beschreven onderzoek vestigt de aandacht op een 'vergeten' categorie van 'high risks', de categorie van de huisvrouwen.

Naar aanleiding van ons onderzoek is het volgende te concluderen:

De huisvrouwen consulteerden hun huisarts vaker dan haar mannen en het gemiddeld aantal verrichtingen en aandoeningen was hoger dan bij haar mannen.

De huisvrouwen en een vergelijkbare categorie ongehuwde vrouwen vertoonden onderling duidelijke verschillen, zowel naar de verdeling van de aantallen verrichtingen en aandoeningen als naar het gemiddeld aantal verrichtingen en aandoeningen.

De huisvrouwen vertoonden een ander spectrum van aandoeningen dan mannen en een vergelijkbare groep ongehuwde vrouwen. Het onderscheid kenmerkte zich vooral door het relatief frequent voorkomen van psychische stoornissen in een combinatie van klachten, die is te omschrijven als het 'neurastheen syndroom van de huisvrouw'.

Bij de huisvrouwen bleek een samenhang aantoonbaar tussen de geïmprementeerde morbiditeit enerzijds en enkele 'harde gegevens' anderzijds: de leeftijd van de vrouw – de duur van het huwelijk – het aantal te verzorgen kinderen.

Voor de milieufactoren: godsdienst of levensbeschouwing – wijze van verzekering tegen het risico van ziekte – het lidmaatschap van de kruisvereniging, werd daarentegen geen verband met het aantal verrichtingen bij de huisvrouwen gevonden.

De maatschappelijkheid van het gezin en de kwaliteit van de gezinswoning vertoonden samenhang met het aantal verrichtingen van de huisarts voor de huisvrouwen.

Het gezinsmatige karakter van ziekte en gezondheid openbaarde zich in ons onderzoek in een positieve samenhang tussen het aantal verrichtingen bij de moeder enerzijds en het aantal verrichtingen bij haar kinderen anderzijds.

Bij de 424 huisvrouwen, die zowel bij het eerste gedeelte van het onderzoek als bij het tweede, het enquête-gedeelte, waren betrokken, werd een

verhouding van ongeveer 20% gepresenteerde morbiditeit op 80% ervaren morbiditeit gevonden.

Tussen het aantal ervaren klachten, dat door de huisvrouwen in de enquête werd opgegeven en de dispositie voor neurose werd een positieve samenhang gevonden.

Het gedrag bij het ervaren van een gezondheidsstoornis vertoonde bij de huisvrouwen onderlinge verschillen, waarbij de graad van neurotische labiliteit geen relatie bleek te vertonen met de 'drempelwaarde' van de individuele huisvrouwen ten aanzien van het consulteren van de huisarts.

De mate van sociale extraversie leek, naar de resultaten van de enquête, verband te houden met het gedrag van de huisvrouwen ten aanzien van het inroepen van de hulp van de huisarts bij het optreden van klachten. Deze uitkomst van het enquêteonderzoek weerspiegelde zich echter niet in een groter aantal verrichtingen door de huisarts bij de meer extraverte patiënten.

Het niveau van kennis van medische zaken had zowel bij het enquêteonderzoek als bij het onderzoek naar de gepresenteerde morbiditeit invloed op het gedrag van de huisvrouwen bij het ervaren van klachten. Vrouwen met een grotere medische kennis deden relatief minder snel een beroep op de huisarts.

Huisvrouwen met een hogere score voor neuroticisme waardeerden de eigen actuele gezondheid lager dan de geestelijk meer stabiele persoonlijkheden. De eersten waren in hun toekomstverwachting met betrekking tot hun gezondheid ook minder optimistisch dan de laatsten.

Veruit het grootste percentage van alle gepresenteerde aandoeningen werd door de huisarts geheel zelfstandig behandeld. Voor circa 12% van de aandoeningen werd de hulp van een specialist ingeroepen, terwijl slechts voor ongeveer 2,5% van de gezondheidsstoornissen opname in een ziekenhuis heeft plaatsgevonden.

In the previous chapters we find an investigation described, in which the morbidity of housewives takes a central place.

A year of continuous morbidity registration in a middle-sized general practice formed the basis of the first part: an investigation into the morbidity of housewives as it was presented to the general practitioner.

A survey of the same population supplied the data for the second part: an exploration of the morbidity experienced by the housewives.

In the *preface* attention is paid to the housewife as a patient.

Confrontations with the problems of a housewife, mother of a large family, became the immediate motive for the present investigation.

The social underestimation of the housewife's tasks in her family and the experience that in medical literature up till now hardly any interest has been taken in the housewife as such, have led to an explorative investigation in this practice.

In a few sections of the preface we find a review of the literature concerning the occurrence of diseases and disturbances of health of the housewife or of the housewife and her family.

Then the position of the general practitioner as a family doctor is pointed out as well as his possibilities to do scientific research in his own practice.

In *chapter 1* we find the formulation of the aims and discussion of the problems involved with the execution of this study.

The aim has been described as follows:

'an attempt to gain more knowledge and understanding of the occurrence of diseases and disturbances of the health of housewives'.

The investigation was set up with the assistance of the Institute of Social Medicine and the Institute of General Practice of the Roman Catholic University of Nijmegen.

After an experimental investigation in June 1967 the actual investigation into the presented morbidity took place in a period of 12 months, from 1 september 1967 till 1 september 1968.

As part of the elective period for 1970 for medical students of the Roman Catholic University, a study was made of the same women, in which special attention was paid to their subjective experience of health, to the objective disturbances of health, and to their behaviour concerning the demand for medical care.

The investigation took place in a general practice in a small town, from which 538 complete families were chosen, the ages of the participating housewives varying from 20-55 years.

Demographic and sociographic data concerning the practice and the population in which the investigation took place are given in *chapter 2*.

The results of the investigation into the presented morbidity are the subjects of *chapter 3* and *chapter 4*.

The 'top of the iceberg' (that is that part of the morbidity presented to the general practitioner) has been analysed in these chapters according to the number and nature of the consultations and diseases reported.

An attempt has been made to relate the obtained results to the data, relating to the husbands of these housewives and for a number of unmarried women. Psychiatric disturbances, affections of the tractus urogenitalis, of the tractus circulatorius and endocrinologic and allergic affections were noted more frequently with the housewives than with their husbands. On the other hand, traumata, affections of the bronchial system and also complaints about the motor system were found more frequently with the men than with their wives. These results correspond fairly well with the findings of other investigators (Brenkman 1963, Folmer 1968, Oliemans 1969, Morrell 1970).

With the younger housewives of the survey population emotional disturbances were amongst other things found more frequently than with a comparable category of unmarried women. In general a larger number of consultations and diseases were noted in the housewives than in their husbands and the unmarried women.

The number of consultations given by the general practitioner formed the starting-point for the study of the relationship between the family-situation and the morbidity presented by the housewives. In *chapter 5* some family-characteristics have been studied on behalf of this relationship.

A relationship was pointed out between the number of consultations given by the general practitioner and a few 'hard' facts for example: the age of the housewife, the duration of the marriage and the number of children to be cared for.

No difference concerning the number of consultations was found between the housewives of a town and those of a rural area.

No relationship was found between the nature of the housing conditions (whether one or more families were living in the same house), the conditions of health insurance (panel-patient or private patient) and the number of consultations sought.

The family being a member of one of the Cross-Associations* proves to have no demonstrable influence on the number of contacts the housewife had with the general practitioner.

As for the social status of the family and for the quality of the housing a relationship was noted with the number of consultations sought by the housewives.

Chapter 6 described the survey, in which amongst other things it has been tried to obtain some insight into the relationship between the presented morbidity and the sum total of the experienced disturbances of health.

In general the housewives appeared to experience four times more the number of complaints and affections than they informed their doctor about. However, the relationship between the presented morbidity and the experienced morbidity was variable for each complaint or disease by itself. Contrary to what one might expect, the frequency of consultations did not appear to be related to the potential seriousness of the complaint in a medical sense.

The influence of the housewife's personality on her subjective experience of health and her behaviour when experiencing a disturbance of health, were investigated with the help of some personality characteristics.

Women with an unstable personality appeared to experience more disturbances of health than those who were mentally more stable. The former had a poorer opinion of their actual health than the latter.

Housewives with a poor opinion of their own actual health were more pessimistic towards their future health than the women, who considered their own health in optimum condition.

A neurotic disposition of the housewife appeared to show no relations to her reported behaviour regarding the request for medical care in a number of situations-outlined in the survey- in which a apparent disturbance of health was taken as a startingpoint.

Housewives with a larger medical knowledge appeared relatively less

* Cross-Associations are originally private organizations to improve nursing of patients in their own homes and to improve the general health situation. Nowadays, in addition to members' contributions, the Cross-Associations are subsidized by the government. Preventive and curative health work is performed by district-nurses.

inclined to call for a doctor when complaints occurred. Finally it was interesting to find that housewives with a high degree of neuroticism more frequently experienced not only the so called 'functional' complaints but also all forms of 'non-functional' complaints and disturbances of health than those mentally more stable.

Especially emotional disturbances like dejection, agitation, irritability, apathy, insomnia, fatigue appeared to occur relatively frequently with housewives. Together with somatic complaints such as muscular pains, arthritic complaints, neuralgia and affections of the tractus urogenitalis or of the tractus circulatorius they form a syndrome typical for housewives, defined by Hoffmeyer (1965) as: the 'neurasthenic syndrome of the housewife'.

In chapter 7 an attempt has been made to compare a few results of the survey with data from the continuous morbidity registration.

It appeared that in spite of the same 'threshold value' towards consulting the general practitioner, housewives with unstable personality had more contact with their doctor than those mentally more stable. However, women suffering from instability had far more complaints than those of a stable mind, so consequently they eventually had a more frequent contact with the general practitioner than women with few complaints.

After comparison of the number of affections registered by the general practitioner and the number of complaints reported by the women in the survey, there certainly appeared to exist a relationship between the experienced morbidity and the morbidity reported to the general practitioner.

The relationship found in the survey between the degree of social extroversion of the housewives and their selfreported behaviour regarding requesting medical care in experimental conditions could not be confirmed with the help of the data about the actual presented morbidity. Presumably the extrovert qualities of the patient when 'crossing the threshold to the general practitioner' play a secondary role.

Finally, when relating the data of the survey to the figures of the continuous morbidity registration, we found the outstanding result that a comparatively large number of housewives did not consult the general practitioner at all, while nevertheless these women reported many complaints in the survey.

In the *final discussion* it is stated that the aim of the investigation has been achieved. The fact that emotional disturbances with housewives prevail, demands further attention, as these disturbances can be looked upon as a symptom of decompensation, of failing as a housewife.

For many a housewife the burden of her varied duties within her family

is too heavy. The disproportion between the number of complaints experienced by housewives and the number of complaints they reported to their general practitioner raises the question whether the housewife's demand for medical assistance is a matter of 'underconsultation' rather than 'overconsultation'.

What we found concerning the influence of the housewife's personality regarding her behaviour in requesting medical care, emphasizes the importance of adequate health-education.

The present investigation calls attention to a 'forgotten' category of 'high risks', e.g. the category of housewives.

As a consequence of our investigation the following conclusions can be made:

- Housewives consulted their general practitioner more often than their husbands did and on an average they received more medical assistance than their husbands.
- Housewives and a comparable category of unmarried women showed significant differences, both when regarding the distribution of the number of consultations and diseases and with regard to the average number of consultations and diseases.
- The housewives showed a spectrum of diseases different from those of their husbands and of a comparable category of unmarried women. The difference was characterized especially by the relative frequent occurrence of psychiatric disturbances with a combination of complaints, which may be defined as 'the housewife's neurasthenic syndrome'.
- With housewives it is appeared possible to point out a relationship between the presented morbidity on the one hand and a few 'hard facts' on the other hand: e.g. the age of the housewife, the duration of the marriage, the number of children to be cared for.
- On the other hand no relationship was found between the number of the consultations given and some social factors: religion, conditions of health insurance or being a member of one of the Cross-Associations.
- The social status of the family and the quality of the family home proved to be related to the number of consultations sought by the housewife.
- In our investigation we found a positive relationship between the number of consultations sought by the mother on the one hand and the number of consultations given to her children on the other hand, which showed that sickness and health have a familial character.
- With the 424 housewives chosen for the first part of the investigation as

well as for the second part- the survey- we found a ratio of about 20% presented morbidity and 80% hidden morbidity.

- A positive relationship was found between the number of experienced complaints, reported by the housewives in the survey and the degree of neurotic instability of these housewives.
- Within the study population it was noted there was marked variability of the housewife's attitude towards her health disturbance. The degree of neuroticism appeared to bear no relationship to the threshold value of the individual housewife to seek medical assistance.
- The survey indicated that the degree of social extroversion was related to the housewives' behaviour with regard to their demand for medical care. This result however, was not reflected by a greater number of consultations given by the general practitioner to the more extrovert patients.
- With the survey as well as with the investigation into the presented morbidity the level of medical knowledge influenced the housewives' behaviour when experiencing complaints. Women with a larger medical knowledge called their doctor relatively less frequently.
- Housewives with a higher degree of neuroticism had a poorer opinion of their own actual health and were less optimistic towards their future health than those mentally more stable.
- By far the greatest percentage of all presented diseases was treated by the general practitioner himself. For about 12% of the diseases the help of a specialist was necessary, while only about 2½% of the cases needed further hospital treatment.

- ACKERMAN, N. W., The psychodynamics of family life. Basic Books, Inc. New York 1958.
- AMULREE, M. A., James Mackenzy and the future of medicine. - J. Roy. Coll. Gen. Practit. 17 (1969), 3-11.
- ANCONA, HEDY D', Huisvrouw-Thuisvrouw. Samson N.V., Alphen a/d Rijn 1971.
- BAKER, C. A., Practice pattern of patient-doctor contact. - J. Roy. Coll. Gen. Practit. 12 (1966), 54-67.
- BALINT, M., De dokter, de patient, de ziekte. Aulareeks, Utrecht 1965.
- BERGSMA, J. J., Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Diss. Nijmegen 1966.
- BLOEMENDAAL, J. J., Doesburg, stad van levend verleden. Uitgave V.V.V. Doesburg 1967.
- BOS, G. J., De huisarts, oriëntatie en perspectief. Stenfert-Kroese N.V. Leiden 1967.
- BRAMLAGE, C. A. A., Gezondheid en ziekte te Zutphen; enquête naar de gezondheidszorg bij 536 gezinnen. Diss. Leiden 1962.
- BRAUN, R. N., Wege und Ergebnisse einer systematischen Erforschung der Allgemeinpraxis. - Der praktische Arzt Heute (1968), 91-107. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart.
- BRENNKMAN, C. F., De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Diss. Utrecht 1963.
- BROWN, A. C., J. FRY, The C.M.I. health questionnaire in the identification of neurotic patients in general practice. - J. Psychosom. 6 (1962), 185-190.
- BUCK, C. W., K. B. LAUGHTON, Family patterns of illness; the effect of psychoneurosis in the parent upon illness in the child. - Acta Psychiat. Scand. 34 (1959), 165-175.
- BUMA, J. T., L. BAK, Proeve van een medisch sociografisch onderzoek in een huisartsenpraktijk. - T. Soc. Geneesk. 30 (1952), 327-339.
- BUMA, J. T., De huisarts en zijn patiënt. Diss. Amsterdam 1950.
- BUYTENDIJK, F. J. J., De vrouw. Aulareeks, Utrecht 1966.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, 13de Alg. Volkstelling, 31 mei 1960.
- COOPER, B., Der epidemiologische Beitrag zur psychosomatischen Medizin. Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln, Berlin 1967. Origineel artikel: - J. Psychosomatic Research 8 (1964), 9-15.
- CORNELISSEN, R. L., Motivering tot wetenschappelijk onderzoek door de huisarts. Verslag studiedagen wetenschappelijk onderzoek huisartsen (N.H.G./N.H.I.), 16-23. Philips Gezondheidscentrum, Eindhoven 1964.
- DEEN, K. J. VAN, Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk. Diss. Groningen 1952.
- DONGEN, A. W. H. VAN, Inventarisatie van probleemgezinnen, asociaal, immoreel, onwetenschappelijk? - Maatsch. Welzijn 19 (1967), 194-200.
- DOORN, J. A. A. VAN, Het medisch ventiel van het maatschappelijk falen. - Sociol. Gids 3 (1956), 152-157.
- ES, J. C. VAN, Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Diss. Utrecht 1959.
- EYSINK, R., Gezinssociologie. Proeve van een systematische inleiding. Van Loghum-Slaterus, Arnhem 1962.

- FOLMER, H. R., Huisarts en ijsberg. Diss. Utrecht 1968.
- FRY, J., Profiles of disease. E. and S. Livingstone Ltd., Edinburgh and London 1966.
- GIEL, R., C. P. J. LE NOBEL, Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. — Ned. T. Geneesk. 115 (1971), 949-955.
- Gillie Rapport, The Field of Work of the Family Doctor. Her Majesty's Stationery Office, London 1963.
- HAGGERTY, R., Family Diagnosis, research methods and their reliability. — Am. J. Publ. Hlth. 55 (1965), 1521-1533.
- HARE, E. H., G. K. SHAW, A Study in family health, health in relation to family size (I). — Brit. J. Psychiat. 111 (1965), 461-466.
- Study in family health, a comparison of the health of fathers, mothers and children (II). — Brit. J. Psychiat. 111 (1965), 467-471.
- HEEK, F. VAN, De maatstaven van de hoogte en indeling der sociale hiërarchie. — 'Het sociale leven in al zijn facetten' (1958), 333-336. Van Gorcum, Assen.
- HINKLE, L. E., Ecological observations of the relation of physical illness, mental illness and the social environment. — Psychosom. Med. 23 (1961), 289-296.
- HODGKIN, K., Towards earlier diagnosis. E. and S. Livingstone Ltd., Edinburgh and London 1963.
- HOFFMEYER, H., The mother and the family. Aspects of family mental health in Europe. Publ. Hlth. Papers, W.H.O., 28, Geneve 1965.
- HORDER, J., E. HORDER, The Practitioner 1973 (1954), 885.
- HULL, F. M., Social class consultation patterns in rural general practice. — J. Roy. Coll. Gen. Practit. 18 (1969), 65-72.
- HUYGEN, F. J. A., Huisarts en gezin. R.K. Artsenblad 38 (1959), 297-304.
- De toekomst van de huisarts in Nederland. Huisarts en Wetenschap 6 (1963), 314-318.
- Gezin en ziekte. Huisarts en Wetenschap 7 (1964), 429-435.
- Huisarts en wetenschappelijk onderzoek. Huisarts en Wetenschap 10 (1967), 82-85.
- Gezin en Gezondheid. Inaugurale rede Nijmegen 1968.
- Ziekte en gezin. Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 261-267.
- Instituut voor Toegepaste Sociologie, De Ongehuwde Vrouw, Onderzoek naar de levensomstandigheden van de ongehuwde vrouwen van 40 tot 65 jaar. 's Gravenhage 1971.
- KAMPHUIS, M., Het Avontuur in St. Paul. Samson, Alphen a/d Rijn, 1953.
- KELLNER, R., Family ill health. Tavistock publications, London 1963.
- KESSEL, N., The health and attitudes of people who seldom consult a doctor. Medical Care 3 (1965), 6-10.
- KISSEN, H. M., Emotional Factors in Pulmonary Tuberculosis. Tavistock Publications, London 1958. Gerefereerd door: B. Cooper. J. Psychosom. Research 8 (1964), 9-15.
- KOOY, G. A., Het modern-Westers gezin. Paul Brand, Hilversum 1967.
- KRAMER, D. A., Enige gegevens over het verrichtingscijfer in een stedelijke huisartsenpraktijk. — Huisarts en Wetenschap 10 (1967), 455-458.
- KREITMAN, N., J. COLLINS, B. NELSON, J. TROOP, Neurosis and Marital Interaction, Personality and Symptoms. — Brit. J. Psychiat. 117 (1970), 33-46.
- KRÜSI, G., Die Diagnostik des praktischen Arztes. — Der praktische Arzt Heute (1968), 124-138. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart.
- KUYPERS, C. A., Psychosomatische stoornissen in een plattelandspraktijk. — Huisarts en Wetenschap 9 (1966), 42-58.
- LAING, R. A., A. ESTERSON, Families and Schizophrenia. — Int. J. Psychiat. 4 (1967), 65-71.
- LAST, J. M., The iceberg, completing the clinical picture in general practice. The Lancet 2 (1963), 28.
- LITJENS, H. P. M., Onmaatschappelijke gezinnen; sociologisch onderzoek naar de onmaatschappelijkheid te Maastricht. Van Gorcum & Comp. N.V., Assen 1953.

- LOGAN, W P D , A A CUSHION, Morbidity statistics from general practice Vol I
Her Majesty's Stationery Office, London 1958
- MECHANIC, D , The concept of illness behavior - J Chron Dis 15 (1961), 189-194
- MECHANIC, D , E H VOLKERT, Stress, illness behavior and the sick role - Am soc
Rev 26 (1961), 51-59
- MERTENS, A TH L M Het belang van de medische sociologie voor de
beroepsuitoefening van de huisarts - Medisch Contact 6 (1951), 697-712
- Enkele cijfers uit een zeer grote dorpspraktijk - T v Soc Geneesk 15 (1953),
347
- Van algemeen arts naar gezinsarts - Huisarts en Wetenschap 10 (1967),
331-337
- MEYER, R J , R J HAGGERTY, Streptococcal infections in families - Paediatrics 29
(1962), 539-549
- MILIKOWSKI, H PH , Sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid,
tevens een bijdrage tot de discussie over probleemgezinnen Diss Leiden
1961
- MORRELL, D C , The art of general practice E and S Livingstone Ltd , Edinburgh
and London 1965
- MORREL, D C , H G GAGE, N A ROBINSON, Patterns of demand in general practice
- J Roy Coll Gen Practit 19 (1970), 331-342
- MUNTENDAM, P , Voorwoord bij een onderzoek naar de validiteit van de huisvrouw
lijdende aan reumatoïde arthritis Uitgave Nederlandse vereniging tot
rheumatiekbestrijding 1966
- NELSON, B , J COLLINS, N KREITMAN, J TROOP, Neurosis and Marital Interaction,
time sharing and social activity - Brit J Psychiat 117 (1970), 17-58
- NIEUWENHUIZEN, M G VAN, Persoon en milieu van de ulcus duodeni-lijder Diss
Utrecht 1961
- OLIEMANS, A P , Morbiditeit in de huisartspraktijk Diss Utrecht 1969
- PEACHY, R , Family patterns of illness - Gen Practit Kansas XXVII (1963), 82
- PFLANZ, M , Soziokulturelle, epidemiologische und ökologische Aspekte der Krank-
heit, 1963 - Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Kiepenheuer und
Wisch Köln, Berlin (1967), 369-381
- PFLANZ, M , M PINDING, A K W ARMBRUSTER, M TUROCK, Medizinsoziologische
Untersuchung über Gesundheitsverhalten - Medizinische Klinik 10 (1966),
391-397
- PHAFF, J L M , Samenwerking huisarts-wijkverpleegster - Huisarts en Weten-
schap 11 (1968), 227-229
- PHILIPS NEDERLAND N V , De Nederlandse huisvrouw Philips Nederland N V
Eindhoven 1966
- PIETERS-DE ROON, M , De tijdsbesteding van de huisvrouw Afdeling Landbouw-
huishoudkunde Landbouwhogeschool Wageningen 1961
- PONSIOEN, J A , Gezinstypen - Het sociale leven in al zijn facetten I (1958),
95-103 Assen
- Rapport en Register, Geneeskundige Raad Buiten Universitair Wetenschappelijk
Onderzoek Kon Ned Acad van Wetensch 1967
- RENNE, K S , Correlates of dissatisfaction in marriage - J of the Marr and the
Fam 32 (1970), 54-67
- ROELINK, H , Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk Diss Nijmegen
1965
- ROLLINS, B C , H FELDMAN, Marital Satisfaction over the Family Life Cycle -
J of the Marr and the Fam 32 (1970), 20-27
- ROSSI, A , Transition to parenthood - J of the Marr and the Fam 30 (1970), 26-39
- SANDE, W J M VAN DER, Morbiditeitsonderzoek - Huisarts en Wetenschap 8
(1965), 318-320
- SANDERS, Herpes zoster in de huisartspraktijk Diss Nijmegen 1968
- SHEPARD, M , B COOPER, A C BROWN, G W KALTON, Minor mental illness in

- London, some aspects of a general practice survey - Brit Med J II (1965), 1359
- SKIPPER, J K, L FINK, N HALLENBECK, Physical disability among married women - J Rehabil 34 (1968), 16-20
- STINE, O C, C CHUAQUI, Mothers' intended actions for childhood symptoms - Am J of Publ Hlth 59 (1969), 2035-2045
- STOECKLE, J Y, F K ZOLA, G E DAVIDSON, On going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical aid - J Chron Dis 16 (1963), 975-989
- STOETZEL, J, Une étude du budget-temps de la femme dans les agglomérations urbaines - Population 3 (1948)
- SUCHMAN, E A, Sociomedical Variations Among Ethnic Groups - Am J Sociol 70 (1964), 319-331
- SULLEROT, E, De vrouw van morgen Paul Brand, Hilversum 1967
- SYLPH, J, H B KEDWARD, M R EASTWOOD, Chronic neurotic patients in general practice - J Roy Coll Gen Practit 17 (1969), 162-170
- TAGLIACCOZZO, D M, Knowledge of illness as a predictor of patient behavior - J Chron Dis 22 (1970), 765-775
- TULDER, J J M VON, De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919-1954 Een sociaal-statistische studie Stenfert-Kroese, Leiden 1962
- UEXKULL, TH VON, Die Berufstatigkeit der Frau in psychosomatischer Sicht - Dtsch Aerzteblatt 45 (1960), 24-38
- Aufgaben einer soziologischen Medizin in der Heilkunde - Huisarts en Wetenschap 4 (1961), 315-323
- Heidelberger Gespräch Gerefereerd door Schulze, H von - Der praktische Arzt heute (1968), 37-61
- VELDEN, H G M VAN DER, Nabeschouwing van de bespreking ener sociaal-geneeskundige status te Nijmegen - Huisarts en Wetenschap 11 (1968), 181-186
- VELDEN, H G M VAN DER, Enkele opmerkingen en mededelingen naar aanleiding van een onderzoek naar de morbiditeit van de huisvrouw - Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 241-246
- VRIES, A E N DE, De methode van de huisartsgeneeskunde - Huisarts en Wetenschap 9 (1966), 233-240
- Gezinsonderzoek Loon op Zand 1968 - Huisarts en Wetenschap 13 (1970), 253-260
- WILDE, G J S DE, Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode Van Rossen, Amsterdam 1963
- Woningwaardering, Rapport woningwaardering - De blauwe reeks 34 (1962) Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- WOUDSCHOTEN-rapport, Nederlands Huisartsen Genootschap 1963
- WIJDEVELD, P G A B, Integrale of gedifferentieerde interne geneeskunde? - Ned T v Geneesk 114 (1970), 1212-1215
- ZBOROWSKI, M, Cultural components in response to pain - J Soc Issues 8 (1952), 16
- WHITE, K L, T F WILLIAMS, B G GREENBERG, - New Engl J Med 265 (1961), 885
- ZOLA, K I, Problems of Communication, Diagnosis and Patient Care, the interplay of patient, physician and clinic organization - J Med Educ 38 (1963), 829-838
- ZONNEVELD, R J VAN, e a, Sociale Geneeskunde Oosthoek, Utrecht 1968

BIJLAGE I

De gezinskaart, zoals deze werd gebruikt voor het onderzoek naar de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. De kaart werd dubbelzijdig benut voor respectievelijk de huisvrouw en haar man. De verrichtingen van de kinderen werden beiderzijds aan de onderzijde van de kaart genoteerd.

Naam: _____

Voorn: _____

Adres: _____

Geb. dat. _____

GEZIN

PATIENT

Raden tamen/klacht		DIAGNOSE		DATA		C. V. I.V.		spec.		Opmerkingen	
		NOÏL C.									
		V.									
		I.V.									
		no. i. l.		com.							
				vrikt							
				br. v.							
		no. i. l.		com.							
				vrikt							
				br. v.							
		no. i. l.		com.							
				vrikt							
				br. v.							
		no. i. l.		com.							
				vrikt							
				br. v.							
				Aard.		Gemaal		Verricht.			
										tot. spec.	
Verlichting Kinderen		com.						Totaal			
		vrikt						Totaal			
		br. v.						Totaal			

BIJLAGE II

Morbiditeits-classificatie voor gebruik door huisartsen, ontleend aan de Engelse, zogenaamde 'E-lijst' (Nederlands Huisartsen Genootschap).

Opmerking: het codenummer 135 (categorie van psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen) is door ons voorbehouden voor 'psychoneurose met somatische symptomen'. Voor 'psychoneurose zonder somatische symptomen' werd door ons een nieuw codenummer -151- ingevoerd.

INFECTIEZIEKTEN

001	tuberculose van de tr.resp.
002	tuberculose van de overige organen
003	syfils, incl. late gevolgen
004	gonorrhoea, overige geslachtsziekten
005	dysenterie, alle vormen, excl: gastroenteritis 289
033	salmonellosis
006	scarlatina
007	erysipelas
008	pertussis
009	meningitis epidemica
010	poliomyelitis
011	morbilli
012	rubella, rode hond
013	varicella
029	exanthema subitum
030	overige exanthemziekten, incl: raash; excl: geneesmiddelen- exanthem 392
014	herpes zoster
015	parotitis epidemica
016	hepatitis infectiosa, excl: serumhepatitis 288
017	mononucleosis infectiosa
018	herpes simplex, labialis
019	ziekte van Bornholm
020	oxyuriasis
021	dermatophytosis, trichofytie, ringworm
022	scabies
026	taeniasis, overige helmintiasis
034	ascariasis
035	amoebiasis
037	malaria
044	sepsis, excl: in puerperium 359
045	toxoplasmosis
046	ziekte van Besnier Boeck
048	pediculosis, insectenbeten
049	overige infectieziekten, incl: difterie, tetanus, gasgangreen, actinomycosis, overige tropenziekten

II

NEOPLASMATA

maligne neoplasmata

050	mondholte en pharynx
051	oesophagus
052	maag
053	colon
054	rectum
055	pancreas
056	larynx
057	bronchus, long en trachea
058	mamma
059	cervix uteri
060	corpus uteri
061	prostaat
062	blaas en urethra
063	overige organen van het urogenitaalstelsel
064	huid
065	hersenen
066	ziekte van Hodgkin
067	leukemie
068	alle overige maligne neoplasmata, incl: metastase, waarvan de primaire haard onbekend is
	benigne neoplasmata
070	mamma
071	uterus

072 overige vrouwelijke genitaliën
 073 huid, incl: naevus pigmentosus, excl: verruca 376
 074 overige benigne neoplasmata, incl: darm- en blaaspoliep, hemangioom, sinus pilonidalis, excl: neuspoliep 256, prostaathypertrofie 318
symptomen
 080 ascites
 081 pleuravocht
 082 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten in deze groep

III

ALLERGIEËN, ENDOCRINE STOORNISSEN, STOFWISSELINGS- en VOEDINGSZIEKTEN

085 hooikoorts, incl: rhinitis vasomotoria
 086 **aastma**, incl: allergische astmatische bronchitis, excl: bronchitis met astmatische component 247 of 248
 087 **allergische dermatosen**
 incl: urticaria, strobulus, quinke's oedeem
 excl: allergisch eczeem 380 of 381, huidaandoeningen door geneesmiddelen 392
 088 **thyreoidhypertrofie, hyperfunctie**
 089 **thyreoidhypofunctie, myxoedeem**
 090 **andere thyreoidstoornissen**
 091 **diabetes mellitus**
 092 **avitaminose, hypovitaminose**
 093 **jicht**
 094 overige ziekten uit deze groep, excl: anafylactische shock 494
Symptomen
 100 **exophthalmus**
 101 **adipositas**
 102 **glucosurie**
 103 **pigmentaties**
 104 **polyurie**
 105 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten in deze groep, incl: dorst

IV

ziekten van BLOED en BLOEDVORMENDE organen

110 **pernicioze anemie**
 111 **hypochrome anemie**
 incl: anemie t.g.v. bloedingen, anemie in puerperium excl: anemie in graviditeit 369
 112 overige specifieke anemieën
 113 **hemorragieën, purpura**
 incl: bloedingen t.g.v. antistollingstherapie
 114 overige ziekten uit deze groep
 incl: polycythemie, hemofilie, ziekten van de milt, agranulocytose
 excl: leukemie 067, Hodgkin 068, mononucleosis infectiosa 017
symptomen
 119 **anemie nog niet nader gediagnostiseerd**
 121 **bleekheid**
 122 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten in deze groep

V

PSYCHIATRISCHE ziekten en andere PSYCHISCHE stoornissen

psychosen
 125 **schizofrenie**, incl: paranoïa
 126 **endogene depressie, vitale depressie**
 incl: depressie in het climacterium
 127 **seniele psychosen**, incl: seniele dementie, excl: seniliteit 463
 128 **psychosen bij organische hersenaandoeningen**, zoals tumor, infecties, trauma, epilepsie, intoxicaties, incl: delirium tremens, arteriosclerotische dementie
 129 overige psychosen
neurotische aandoeningen
 130 **angstoestanden zonder verdere somatische klachten of symptomen**
 131 **hysterie**
 incl: anorexia nervosa
 132 **fobieën**
 133 **dwangneurose, obsessie**
 134 **reactieve depressie**

- 135 psychoneurose met somatische symptomen, nerveuze klachten, psychogene, functionele klachten, hypochondrie, neurasthenie, overspannenheid
andere psychiatrische ziekten
138 psychopatische persoonlijkheid, pathologische persoonlijkheid, seksuele afwijkingen
139 verslavingen, incl alcoholisme
140 oligofrenie, incl: **debilitas mentis**, mongoloïde idiotie
141 overige, incl juvenile gedragsstoornissen, partiële leerdefecten, psychogene spraakstoornissen, frontneurosen en overige aanpassingsstoornissen
symptomen
144 psychogene impotentie
145 frigiditeit
146 slaapstoornissen
147 hallucinaties
148 enuresis
150 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten in deze groep, excl: hoofdpijn 453

VI

ziekten van het ZENUWSTELSEL en de ZINTUIGEN, ziekten van het C.Z.S.

- 155 cerebrovasculaire stoornissen, subarachnoïdale bloeding, apoplexie, embolie, trombose, spasmen
156 multiple sclerose
157 paralysis agitans, Parkinson
158 epilepsie, excl: stulpen 197
159 migraine
160 overige ziekten van het C.Z.S.
excl: meningitis epidemica 009 en tuberculose 002
incl: overige meningitis, encefalitis, amyotrofische lateraal sclerose, tromboflebitis van de sinus cavernosus, diplegia spastica infantilis van Little, neurogene spieratrofie
excl myastenie, myotonie en andere spierziekten 415
ziekten van de perifere zenuwen
165 facialisparalyse
166 trigeminusneuralgie
167 brachialgie
168 ischialgie, excl: H.N.P. 412
169 overige, incl: polyneuritis
ziekten van het oog
170 conjunctivitis
171 blefaritis
172 hordeolum
173 iritis, iridocyclitis
174 andere oogontstekingen, incl: keratitis, scleritis, neuritis optica
175 ontsteking van de traanklieren en afvoergang, incl stenosis
176 refractie-afwijkingen
177 ulcera van de cornea
178 strabismus
179 cataract
180 glaucoma
181 overige ziekten van het oog
incl corneatroebelingen, conjunctivabloedingen, chalazion, ectropion, entropion, blindheid van een of meer ogen
excl corpus alienum 496
ziekten van het oor
182 otitis externa
183 otitis media acuta
184 otitis media chronica
185 mastoiditis
186 ziekte van Menière
187 cerumen
188 otosclerosis
189 otitis media
190 doofheid, overige vormen
overige ziekten van oor en mastoïd
symptomen
194 oorpijn
195 coma en bewustzijnsverlaging
196 delirium
197 convulsies, stulpen, excl: epilepsie 158
198 tremor, tic e.a. dwangbewegingen, incl: spierkrampen
199 ataxie
200 duizeligheid, excl: reë ziekte 492
201 meningisme
202 diplopie

203 nystagmus
 204 fotofobie
 205 oorsuizingen
 206 paresthesiën
 207 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekte-
 beelden uit deze groep, excl: hoofdpijn 453

VII

ziekten van de TR. CIRCULATORIUS

ziekten van het hart

208 klepgebrek zonder reuma In de anamnese, excl: congenitale
 afwijkingen 433
 209 klepgebrek met reuma In de anamnese
 210 acuut reuma
 211 coronairtrombose, coronairinfarct
 212 overige coronairziekten, angina pectoris
 213 myodegeneratio cordis
 214 functionele hartziekten, Incl: aritmie zonder organische af-
 wijkingen.
 217 overige hartziekten, excl: decompensatio en asthma cordiale,
 zie: symptomen
 ziekten van de bloedvaten
 218 benigne hypertensie
 219 maligne hypertensie
 220 ongespecificeerde hypertensie
 221 arteriosclerose, Incl: gangreen
 222 perlonies, wintervoeten, erythrocytanosis
 223 perifere, arteriële vaatziekten, arteriële trombose, embolie,
 gangreen, Buerger
 224 varices van de benen
 228 ulcus cruris varicosum
 225 hemorrhoiden
 226 flebitis en thrombophlebitis superficialis
 229 veneuze trombose, excl: in puerperium 360
 227 overige, Incl: aneurysma, oesophagusvarices, longembolie
 excl: vaatstoornissen in cerebro 155, in coronaria 211, in
 sinus cavernosus 180
 symptomen
 215 decompensatieverschijnselen
 216 longstuwing, asthma cordiale
 230 angina d'effort
 231 precordiale pijn
 232 cyanose
 233 syncope
 234 oedeem
 235 dyspnoe
 236 ascites
 237 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten
 uit deze groep

VIII

ziekten van de TR. RESPIRATORIUS

240 verkoudheid zonder koorts
 Incl: rhinitis, excl: tubalcatarrhe 181, rhinitis vasomotoria 085
 241 verkoudheid met koorts, griepje, pharyngitis, excl: keelpijn
 259
 242 tonsillitis
 243 acute sinusitis
 250 chronische sinusitis
 244 laryngitis, tracheitis, Incl: pseudocroup
 245 influenza
 246 pneumonie
 247 acute bronchitis, Incl: bronchitis met astm. component
 248 chronische bronchitis, excl: allergische astmatische
 bronchitis en astma 086
 249 hypertrofie van tonsillen en adenoid
 251 pleuritis
 252 spontane pneumothorax
 253 pneumoconiosis, silicosis
 254 bronchiëctasieën
 255 emfyseem
 256 overige, Incl: neuspoliep
 symptomen
 259 keelpijn
 260 pleuravocht, excl: van maligne etiologie 081
 262 cyanose, excl: cardiaal 232
 263 epistaxis
 264 hemoptoe

265 dyspnoe, excl: cardiaal 235
 266 stridor
 267 hoesten
 268 sputum niet geïnfecteerd
 269 sputum geïnfecteerd
 270 heesheid
 271 pleurapijn
 272 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten
 in deze groep

IX

ziekten van de TR. DIGESTIVUS

275 ziekten van tanden e.d.
 276 ziekten van de mondholte en oesophagus, incl: gingivitis,
 aften
 277 **ulcus ventriculi**, incl: perforatie
 278 **ulcus duodeni**
 279 ongespecificeerd peptisch ulcus
 280 stoornissen van de maagfunctie
 achylia gastrica, indigestie
 289 gastroenteritis, zomerdiarree
 excl: salmonellosis 033 en dysenterie 005
 281 overige ziekten van maag en duodenum, incl: gastritis
 282 **appendicitis**, alle vormen
 283 **hernia inguinalis, femoralis**
 284 overige herniën van de buikholte, incl: h. diafragmatica
 285 overige ziekten van darm en peritoneum, incl: fissura ani
 286 **cholelithiasis**
 287 **cholecystitis**
 288 overige ziekten van lever, galblaas of pancreas, incl: serum-
 hepatitis
 excl: hepatitis infectiosa 016, wormziekten, groep I
symptomen
 290 **obstipatie**
 292 anorexie
 293 misselijkheid
 294 **maagklachten**, pijn, pyrosis
 295 slikklachten
 296 haematemesis
 297 hik
 299 icterus
 300 ascites
 301 kolieken
 302 melaena
 304 **braken en/of diarree**, excl: gastroenteritis, zomerdiarree 289
 305 **appendiculaire pijn**
 306 overige buikpijn, excl: kolieken 301
 307 flatus
 308 overige symptomen of onvolledig gediagnostiseerde ziekten
 uit deze groep

X

ziekten van de TR. UROGENITALIS

310 glomerulonefritis en nefrose
 311 pyelitis, pyelonephritis, excl: in graviditeit 345
 312 nier, **uretersteen**
 313 **cystitis acuta**
 314 chronische cystitis
 315 urethritis, excl: venerisch 003, 004
 316 andere acute infecties van de tr. urinaria
 317 overige ziekten van de tr. urinaria
 318 **prostaathypertrofie**
 319 hydrocele
 320 orchitis en epididymitis
 321 overige ziekten van **mannelijke genitaliën**
 322 ziekten van de mamma, excl: puerperale mastitis 361
 323 adnexitis
 324 prolapsus uteri of vaginae
 325 **dysmenorrhoea**, excl: premenstruele klachten 334
 326 **amenorrhoea**
 327 irregulaire menstruatie
 328 menorrhagie
 329 menopauze en **climacterische klachten**, incl.: menstruatie-
 menarchestoeornissen
 330 steriliteit
 332 premenstruele klachten
 334 vaginitis, cervicitis, vulvitis, incl: erosie, fluor

331 **andere ziekten van de vrouwelijke genitaliën**
symptomen
336 buikpijn, kolieken
337 strangurie
338 urineretentie
339 **Incontinentia urinae**
340 frequente mictie
341 polyurie
342 dyspareunie
343 hematurie
344 overige symptomen of niet volledig gedagnostiseerde ziekten uit deze groep

XI

GRAVIDITEIT, PARTUS en PUERPERIUM

Graviditeit
352 **normale graviditeit**, Incl: prenatale controle
358 (hyper)emesis gr
359 **anemie** in gr
345 infecties van de tr. urogenitalia in gr
346 toxicose
347 bloedingen in gr
348 extra-uterine gr
349 liggingafwijkingen
350 **abortus**, Incl: partus immaturus (< 28 weken)
352 overige stoornissen in de graviditeit
partus
351 **normale partus**
353 partus bij placenta praevia of andere bloedingen ante partum
354 ps met retentio placentae
355 ps bij bekkenvernauwing
356 ps bij liggingafwijkingen, Incl: stult
358 ps met perineumruptuur of episiotomie
357 ps van een dode foetus > 28 weken
357 ps met overige stoornissen, Incl: fluxus post partum
puerperium
363 **normaal puerperium**, Incl: controle
359 sepsis in pm
360 trombose in pm
361 mastitis in pm
364 overige stoornissen in pm, excl: anemie 111
symptomen
365 koorts in kraambed
366 overige symptomen, Incl: obstipatie, tepelkloven

XII

ziekten van de HUID en ONDERHUIDSbindweefsel

370 **furunkel carbunkel**
371 **paronitium, paronychium**, cellulitis van vinger of teen
372 overige cellulites en abscessen zonder lymfangitis
373 overige cellulitis en abscessen met lymfangitis
374 **acute lymfadenitis**
375 **impetigo**
376 verruca
377 overige huidinfecties, pyodermiën, Incl: folliculitis
excl: dermatophytosis 021, sinus pilonidalis 074
378 **seborroëisch eczeem**
379 **eczeem**, excl: allergisch eczeem 380 of 087
380 **beroepsdermatitis**, Incl: allergische dermatitis of eczeem
door planten, oliën, chemicaliën e.d.
381 overige dermatitis (niet beroeps), Incl: luierdermatitis,
Intertrigo, allergische dermatitis of eczeem door planten,
oliën, chemicaliën e.d., excl: geneesmiddelendermatitis 392,
urticaria 087, strophulus 087, insectenbeten 048, herpes labialis
018, naevus pigmentosus 073, scabies 022, herpes zoster
014, erysipelas 007
382 **psoriasis**
384 **clavus en eeltvorming**
387 ziekten van de **nagel**, Incl: unguis incarnatus
388 ziekten van de haren, excl: folliculitis 377
389 ziekten van **taig- en zweetklieren**, Incl: **acne**, seborrhoea,
roos, **atheroomcyste**
excl: seborroëisch eczeem 378
390 chronisch **ulcus**, Incl: **decubitus**, excl: **ulcus varicosum** 288
391 overige huidziekten o.a. pemphigus, lichen planus, sclerodermie,
keloid, vitiligo, rosacea, erythrasma
392 **iatrogene huidaandoeningen**, Incl: **geneesmiddelendermatitis**,
exanthem, **stralingsdermatitis**
symptomen

- 395 erythematieuze aandoeningen, Incl: lupus erythematoses,
excl: erythemen bij infectieziekten, groep I, erythema
396 nodosum bij tbc 002
397 pruritus, Incl: prurigo, neurodermitis
399 pigmentaties
overige symptomen

XIII

ziekten van het BEWEGINGSAPPARAAT

- 405 reumatoïde artritis (voor acuut reuma zie 210)
406 arthrosie deformans
407 lumbago, excl: HNP 412, ischias 168
408 fibrositis, myositis en myalgieën, Incl: periarthritis hum.
scap., stijve nek, excl: epicondylitis 421
409 andere vormen van artritis
410 meniscuslesie
412 hernia nuclei pulposi
413 pedes plani
414 hallux valgus of varus
415 overige ziekten, Incl: osteomyelitis, myotonie, myasthenie,
e a spierziekten, Dupuytren, klompvoet, malliet finger
416 genua valga
420 bursitis
421 tendovaginitis e.a. peesaandoeningen, Incl: epicondylitis,
ganglion
symptomen
425 ruggpijn, excl: lumbago 407, HNP 412, ischias 168
426 frozen shoulder, excl: periarthr.hum scap. 408
427 overige symptomen of niet duidelijk te diagnostiseren ziekten
uit deze groep, excl: myalgieën 408

XIV

CONGENITALE AFWIJKINGEN

- 430 monstrositas
431 spina bifida en meningocele
432 hydrocephalus
433 congenitale afwijkingen van de tr. circul.
434 cheilo-, palatoschisis
435 cong. afw. van de tr. digestivus
436 cong. afw. van de tr. urogenitalis
437 cong. afw. van botten en gewrichten
438 overige gespecificeerde congenitale afwijkingen, excl: sinus
pilonidale 74
439 andere niet volledig gedagnostiseerde congenitale
afwijkingen

XV

ziekten van de NEONATUS

Hieronder vallen vrijwel alle ziekten in de eerste 4 levens-
weken

- 530 geboorte, Incl: controle eerste dagen post partum
440 geboortetoetsel van hersenen en ruggemerg
452 overige geboortetoetsels
441 asfyxie
442 pneumonie
443 diarree, voedingsstoornissen
444 conjunctivitis, excl: gonorrh. 004
445 navelsepsis
446 overige sepsis
447 erythroblastosis foetalis, Incl: exsanguinatie
448 hemorragieën
449 immaturitas, praematuritas
450 overige ziekten, excl: congenit. afw.: groep XIV
451 overige symptomen

XVI

overige SYMPTOMEN en niet duidelijk te diagnostiseren ziektebeelden

- 453 hoofdpijn
454 moe, slap, hangerig
456 dehydratie
457 vermagering
458 febris e causa ignota
459 rigiditeit
460 albuminurie
462 uremie

- 463 eenlithelt, excl: geriatrie controle 518, seniele dementie 127,
art scler dementie 128
464 overige symptomen die niet elders zijn te coderen

XVII

TRAUMATA, VERGIFTIGINGEN

- fracturen**
466 tibia, fibula
467 femur
468 collum femoris
469 wervel
470 schedel en aangezicht
471 rib
472 bekken
473 clavicula
474 humerus
475 radius, ulna
476 hand- en voetbeentjes
477 overige fracturen
479 schouderluxatie
478 overige luxaties
480 distorsies
481 schedelletsels, excl: fract. cranio 470, incl: commotio,
contusio, subduraal hematoom
482 inwendige letsels van borst, bulk en bekken
483 grote verwondingen, amputaties, ernstige contusies
495 oppervlakkige, kleine verwondingen of contusies
496 corpus alienum in het oog
484 overige corpora aliena
485 verbrandingen 1ste gr.
486 verbrandingen 2de gr.
487 verbrandingen 3de gr.
488 vergiftiging door chemicaliën
489 koolmonoxydevergiftiging
490 slaapmiddelenvergiftiging
491 vergiftiging door andere geneesmiddelen
492 reisziekte, zee-, lucht-, wagenziekte
494 iatrogene effecten, incl: transfusiëreacties, anafylactische
shock
excl: bloedingen t.g.v. antistollingstherapie 113, iatrogene
huidaandoeningen 392, iatrogene agranulocytose 114,
maagbloeding t.g.v. acetosal 298
493 overige, incl: stralingsziekte, elektrische shock, bevrozing,
zonnestek, shock, slangebeten
excl: insectebeten 48
497 tentamen suïcidii
498 natuurlijke dood
499 onnatuurlijke dood

XVIII

INENTINGEN, ONDERZOEK, VOORLICHTING e.d.

- inëntingen**
500 vaccinatie tegen pokken
501 inënting met mono-valent vaccin, o.a.: BCG, influenza,
tetanus
502 inënting met plury-valent vaccin, o.a. DKTP, CTABT
509 passieve immunisatie
onderzoek
510 louter administratieve handeling
511 onderzoek zonder dat er sprake is van een ziekte, incl:
P.G.O., check up
512 keuring voor sollicitatie, verzekering, school, sport
513 controle door controlerend arts
514 controle in verband met gebruik anticonceptiepill
515 controle in verband met gebruik andere anticonceptionalia
516 zuigelingen-, kleuterbureau
517 schoolkinderenzorg
518 bejaardenzorg
519 laboratoriumonderzoek o.a. bloedgroepbepalingen, incl:
mantoux
520 overige onderzoeken, excl: prenatale zorg 352
voorlichting e.d.
504 gezondheidsvoorlichting en -opvoeding
521 sociaal- en maatschappelijk werk
522 overige contacten, incl: felicitatie, condoleance, gesprek,
excl: psychotherapie
523 geboorteregeling excl. controle anticonceptie 514, 515

BIJLAGE III A

Omcirkelt U het antwoord wat voor U van toepassing is.

1. Is er één ernstig ziektegeval, ongeval of sterfgeval
dat een grote indruk op U heeft gemaakt ? Ja/Nee.

Zo ja, wilt U dan ook de volgende vragen door
omcirkeling beantwoorden.

2. Betrof dit Uzelf ?
eigen gezin ?
familie ?
bekenden ?
anderen ?

3. Welke ziekte, ongeval of sterfgeval was dat ?
(met eigen woorden invullen).

4. Wanneer is dit zo ongeveer geweest ?
afgelopen maand ?
het afgelopen jaar ?
in de afgelopen 5 jaar ?
nog langer geleden ?

BIJLAGE III B

U kunt zich patent gezond voelen of maar matig.
Er zijn natuurlijk allerlei andere mogelijkheden.
Wilt U op het lijstje, dat van zéér goed naar slecht
gaat, door middel van een kruisje in één van de
blokjes aangeven, hoe U zich in het algemeen voelt.

Wat vindt U in het algemeen van Uw gezondheid tot nu toe ?

Zeer goed.

--	--	--	--	--	--	--

 Slecht.

Wat verwacht U van Uw gezondheid in de nabije toekomst ?

Zeer goed.

--	--	--	--	--	--	--

 Slecht.

Algemene Klachten Vragenlijst (A.K.V.)

Onderstaand treft U een aantal vragen aan, die betrekking hebben op de vraag hoe U zich in het algemeen de laatste tijd voelt. U kunt hierop *Ja* of *Nee* antwoorden. *Omcirkelt* U het antwoord dat voor U van toepassing is.

1. Vindt U zichzelf te dik of te zwaar? Ja/Nee
2. Vindt U zichzelf te mager? Ja/Nee
3. Hebt U last van hooikoorts? Ja/Nee
4. Vindt U dat U slecht slaapt? Ja/Nee
5. Hebt U last van bedwateren? Ja/Nee
6. Voelt U zich gauw terneergeslagen of lusteloos? Ja/Nee
7. Voelt U zich zenuwachtig of gejaagd? Ja/Nee
8. Lijdt U aan geheugenverlies? Ja/Nee
9. Piekert U veel? Ja/Nee
10. Heeft U vaak last van migraine? (schele hoofdpijn) Ja/Nee
11. Heeft U vaak last van hoofdpijn? Ja/Nee
12. Heeft U vaak last van rugklachten? Ja/Nee
13. Heeft U vaak last van pijn in de rug, uitstralend in de benen? . . . Ja/Nee
14. Vindt U dat U in het algemeen slecht ziet ook al draagt U een bril? . Ja/Nee
15. Vindt U dat U in het algemeen slechthorend bent? Ja/Nee
16. Hebt U vaak last van duizeligheid? Ja/Nee
17. Heeft U gauw last van flauwvallen? Ja/Nee
18. Vindt U dat U vaak last heeft van tintelende handen en/of voeten? . Ja/Nee
19. Hebt U nogal eens last van pijn op de borst? Ja/Nee
20. Hebt U vaak last van dikke enkels? Ja/Nee
21. Vindt U dat U in het algemeen gauw kortademig bent? Ja/Nee
22. Moet U vaak 's nachts op om te plassen? Ja/Nee
23. Denkt U dat U klachten hebt van een te hoge bloeddruk? Ja/Nee

24. Heeft U last van wintervoeten en -handen? Ja/Nee
25. Heeft U last van spataderen? Ja/Nee
26. Heeft U nogal eens last van open benen? (beenzweer) Ja/Nee
27. Heeft U vaak last van aambeien? Ja/Nee
28. Voelt U zich vaak slap, moe, hangerig? Ja/Nee
29. Bent U gauw moe bij inspanning? Ja/Nee
30. Hebt U vaak last van verkoudheid? Ja/Nee
31. Hebt U nogal eens last van aanvallen van benauwdheid op de borst? . Ja/Nee
32. Hebt U vaak last van de keel? Ja/Nee
33. Hebt U vaak last van de oren of oorpijn? Ja/Nee
34. Hebt U vaak last van hoesten? Ja/Nee
35. Hebt U vaak last van opgeven? Ja/Nee
36. Hebt U vaak last van maagzuur, maagbranden, oprispen? Ja/Nee
37. Hebt U vaak last van maagpijn? Ja/Nee
38. Heeft U vaak last van braken? Ja/Nee
39. Heeft U vaak last van diarree (of buikloop)? Ja/Nee
40. Heeft U vaak last van buikpijn? Ja/Nee
41. Heeft U vaak last van rommelingen in de buik, ook abnormaal veel
winden laten? Ja/Nee
42. Heeft U vaak last van misselijkheid? Ja/Nee
43. Hebt U vaak last van reisziekte of wagenziekte? Ja/Nee
44. Hebt U vaak last van een breuk (bijv. een liesbreuk)? Ja/Nee
45. Hebt U vaak last van pijn of jeuk aan de uitgang? Ja/Nee
46. Hebt U vaak last van hardlijvigheid? Ja/Nee
47. Hebt U vaak last van pijn of moeite bij het plassen of moet U vaak
plassen? Ja/Nee
48. Hebt U vaak last van jeuk of afscheiding rondom de urinewegen? . . Ja/Nee
49. Heeft U vaak last van puistjes? (ook jeugdpuistjes) Ja/Nee
50. Heeft U vaak last van eksterogen? Ja/Nee
51. Heeft U vaak last van wratten? Ja/Nee
52. Heeft U vaak last van jeuk? Ja/Nee
53. Hebt U nog klachten van andere huidaandoeningen? (eczeem, over-
gevoeligheid) Ja/Nee
54. Heeft U in het algemeen vaak last van steenpuisten? Ja/Nee
55. Heeft U vaak last van de gewrichten? (pijn, stijfheid, kraken) . . . Ja/Nee

56. Hebt U nogal eens gauw last van spierpijn? (ook stijve nek) Ja/Nee
57. Hebt U vaak last van de voeten of benen bij langdurig staan? Ja/Nee

De vragen 58 t/m 63 kan niet iedereen met Ja of Nee beantwoorden. Als U b.v. vroeger *geen* botbreuk hebt gehad is vraag 59 voor U *niet van toepassing* en U moet dan omcirkelen N.v.t. (= niet van toepassing). Hebt U *wel* ooit een botbreuk gehad dan geeft U aan of U er wel of niet last of klachten van hebt door *Ja* of *Nee* te omcirkelen.

58. Heeft U last van enig lichamelijk gebrek dat sinds de geboorte bestaat? Ja/Nee/N.v.t.
59. Heeft U nog vaak last van vroegere botbreuken? Ja/Nee/N.v.t.
60. Heeft U nog wel eens last van een eerder verzwikte enkel of een verstuite pols? Ja/Nee/N.v.t.
61. Heeft U nog vaak klachten van een vroegere hersenschudding? Ja/Nee/N.v.t.
62. Heeft U nog vaak klachten van of na een vroeger doorge-
maakte operatie? Ja/Nee/N.v.t.
63. Hebt U nog vaak klachten van andere, vroeger doorgemaakte
ziekten? Ja/Nee/N.v.t.
64. Heeft U vaak last van wormen? Ja/Nee
65. Heeft U bij Uzelf wel eens knobbeltjes of klieren gevoeld waar U zich
zorgen over maakte? Ja/Nee
66. Heeft U vaak last van verminderde eetlust? Ja/Nee
67. Heeft U vaak dorst waardoor U veel moet drinken? Ja/Nee
68. Heeft U vaak last van hartkloppingen? Ja/Nee
69. Heeft U vaak last van heesheid? Ja/Nee
70. Heeft U vaak slikklachten? Ja/Nee
71. Moet U vaak hoesten of iets opgeven? Ja/Nee
72. Heeft U vaak de hik? Ja/Nee
73. Heeft U vaak diarree of buikloop? Ja/Nee
74. Heeft U wel eens bloed bij het plassen? Ja/Nee
75. Heeft U vaak last van koortsuitslag? Ja/Nee
76. Heeft U vaak last van galbulten? Ja/Nee
77. Heeft U vaak last van rugpijn, rugklachten? Ja/Nee
78. Heeft U vaak ongelukjes? Ja/Nee
79. Hebt U last van een verzakking? Ja/Nee
80. Vindt U dat U veel last heeft van de menstruatie? Ja/Nee
81. Heeft U vaak last van een onregelmatige menstruatie? Ja/Nee
82. Hebt U klachten van de 'overgangsjaren'? Ja/Nee/N.v.t.

83. Verliest U wel eens urine bij niezen, lachen of als U iets moet tillen? . . Ja/Nee
84. Hebt U vaak last van pijn of een gespannen gevoel in de borsten? . . Ja/Nee
85. Verliest U meestal veel bloed bij de menstruatie? Ja/Nee
86. Verwacht U binnen afzienbare tijd gezinsuitbreiding? Ja/Nee
87. Heeft U nog klachten, die niet in deze lijst vermeld zijn?
- Zo ja, welke? Ja/Nee

Opmerking: de vragen 73 en 77 zijn doublures van de vragen 39 respectievelijk 12. Deze vragen zijn benut als check-vragen ten aanzien van de betrouwbaarheid van de antwoorden.

BIJLAGE III D

Op de volgende bladzijde staan een aantal uitspraken die betrekking hebben op bepaalde meningen over gezondheid en ziekte.

Zou U met behulp van een kruisje willen aangeven of U het met deze uitspraken eens of niet eens bont, of dat U er geen mening over heeft.

Voorbeeld

TBC. is vooral een kwestie van aanleg.

mee eens	niet mee eens	geen mening

Wanneer U vindt, dat TBC. een kwestie is van aanleg, zet U dan een kruisje in het vakje "mee eens". Bent U het er niet mee eens, zet U dan een kruisje in het volgende vakje.

Wanneer U niet weet of deze uitspraak juist of onjuist is, zet U dan een kruisje in het vakje "geen mening".

Het is de bedoeling dat U Uw eigen mening weergeeft.

	Mee eens	Niet mee eens	Geen mening
1. TBC. kan genezen worden door bestraling.			
2. Je kunt TBC. hebben zonder dat je het weet.			
3. Bij rheuma kunnen op den duur misvormingen optreden.			
4. Rheuma komt niet voor bij kinderen.			
5. Als je je adem hoort piepen betekent het dat je asthma hebt.			
6. Asthma krijg je als je leeft in een kleine benauwde ruimte.			
7. Vooral dikke mensen krijgen last van hun maag.			
8. Eczeem is te genezen door veel rauwkost te eten.			
9. Eczeem is meestal het gevolg van onvoldoende wassen.			
10. Als je het aan je hart hebt moet je ophouden met werken.			
11. Geesteszieken hebben een laag voorhoofd en iets uitpuilende ogen.			
12. Krankzinnigheid is al bij de geboorte vast te stellen.			
13. Geesteszieken zijn ongeneeslijk.			
14. Tandbederf merk je altijd aan een vieze adem.			
15. Kanker is besmettelijk.			
16. Je kunt kanker hebben zonder het direct te merken.			
17. Kanker is soms te genezen door bestraling.			
18. Verkoudheid is een virusziekte.			
19. Suikerziekte is ongeneeslijk.			
20. Suikerzieken moeten altijd behandeld worden met spuitjes.			
21. Suikerziekte is meestal een gevolg van geestelijke spanningen.			
22. Waterpokken ontstaan door insectenbeten.			
23. Galbulten krijg je door kalkgebrek			
24. Mensen met een liesbreuk kunnen niet meer plassen.			
25. De oorzaak van kinderloosheid kan ook bij de man liggen.			

BIJLAGE III E

Zou U van de bijgaande gevallen willen aangeven wat U zou doen,
als U in die omstandigheden zou verkeren ?

Wilt U achter de vraag het cijfer invullen van dié mogelijkheid
die U zou kiezen.

U kunt kiezen uit de volgende mogelijkheden:

0. Niets doen.
1. In huis blijven.
2. Naar bed gaan tot het over is.
3. Aspirine of een ander geneesmiddel of huismiddel proberen.
4. Familie of bekenden om raad vragen.
5. De wijkverpleegster om raad vragen.
6. De volgende dag naar het spreekuur gaan.
7. De dokter direkt opbellen om zijn advies te vragen.
8. Zo snel mogelijk zelf naar de dokter gaan.
9. De dokter opbellen om bij U thuis te komen.

Voorbeeld:

Na het nemen van een douche kunt U aan één oor niet meer
goed horen.

Als U besluit om daarmee de volgende dag naar het spreekuur
te gaan, zet U in het hokje achter deze vraag dus cijfertje 6.

Dit was slechts een voorbeeld !

Nu volgen de vragen die U moet invullen.

1. U komt thuis van Uw werk (school) en ineens voelt U zich "grieperig". U bemerkt pijn in de keel bij het slikken.	
2. U is neusverkouden en op een nacht kunt U in het geheel niet slapen omdat Uw neus verstopt is.	
3. U is al enige dagen enigszins verkouden en op een avond voelt U zich moc en "rillerig". U moet vreselijk niezen.	
4. U is al een dag of 10 hees.	
5. U heeft op een dag steken in de borst als U diep ademt of hoest.	
6. U stapt op een middag wat ongelukkig van de trap, en even later voelt U een pijnlijke enkel. U ziet dat de enkel dik oploopt.	
7. U wordt gestoken door een wesp.	
8. U snijdt zich met een mes. U constateert een bloedend snijwondje aan de vinger.	
9. U wordt gebeten door een hond. Er zit een schram op Uw been.	
10. U heeft een stoot tegen de borst gehad. Nu doet het op die plaats pijn bij ademen en hoesten.	
11. U heeft Uw hoofd gestoten en nu heeft U wat hoofdpijn.	
12. U heeft last van sambeien. Op een avond ontdekt U wat bloed bij de ontlasting.	
13. U vindt dat U te zelden ontlasting heeft. Soms duurt het wel 3 dagen voor U ontlasting heeft.	
14. U ontdekt wormen bij de ontlasting.	
15. U heeft last van zuurbranden een "opgeblazen gevoel" in de bovenbuik.	
16. U hebt overdag af en toe wat steken in de buik gevoeld en 's avonds moet U plotseling braken.	

17.	U slaapt al enige tijd niet zo goed meer. Op een nacht wordt U vaak wakker. U voelt Uw hart "kloppen".	
18.	U voelt zich de laatste tijd zo zenuwachtig en gejaagd.	
19.	U heeft wat pijn bij het plassen en U moet wat vaker plassen dan gewoonlijk.	
20.	U heeft in de zon gelegen. 's Avonds voelt U zich wat "rillerig". Uw rug gloeit en jeukt en is erg rood.	
21.	U bemerkt plotseling vele, rode jeukende vlekken op Uw huid, maar U voelt zich verder niet ziek.	
22.	U heeft een steenpuist in de nek.	
23.	U heeft een paar wratten op de hand.	
24.	U bukt zich om iets op te rapen, plotseling schiet het in de rug.	
25.	Op een zekere morgen heeft U pijn in de nek. U kunt Uw hoofd niet goed draaien, U heeft een stijve nek.	
26.	U hebt zich bij sport nogal ingespannen, U heeft enige dagen later een moe, pijnlijk gevoel in de rug.	
27.	U hebt een rood tranend oog wat de volgende ochtend dicht zit met korstjes.	
28.	U voelt pijnlijke steken in Uw oor.	
29.	U vindt dat U te zwaar wordt.	
30.	U wordt ongesteld en heeft nogal veel pijn in de buik	
31.	U heeft veel last van "witte vloed"	

BIJLAGE III F (KENT-TEST)

Een Nederlandse bewerking van één van de 'Kent Series of Emergency Scales' (G. H. Kent, 1932-1946).

Oriënterend onderzoek naar het I Q (Kent-Test)

- | | Punten: | |
|--|-----------|-------|
| 1. <i>Waar zijn huizen van gemaakt?</i>
(alle materiaal, dat u maar bedenken kunt)
Voor ieder genoemd materiaal 1 punt | 1-4 | _____ |
| 2. <i>Waar wordt zand voor gebruikt?</i>
4 punten voor: bereiding van glas
2 punten voor: vermenging met beton, wegebouw
ander constructief gebruik
1 punt voor: spel en schrobben
Waardering is niet cumulatief | 1, 2 of 4 | |
| 3. <i>Als de vlag naar het Zuiden wappert, uit welke hoek komt de wind?</i>
3 punten voor: Noord Geen partiële waardering
Het is geoorloofd te zeggen: waar komt de wind vandaan? | 3 | _____ |
| 4. <i>Noem eens enkele vissen</i>
1 punt voor iedere vis, tot 4. Indien patient na één
ophoudt, spoor hem dan aan verder te gaan | 1-4 | _____ |
| 5. <i>Op welk uur van de dag is uw schaduw het kortst?</i>
3 punten voor: 12 uur Indien het vermoeden bestaat,
dat het juiste antwoord slechts een gissing is, vraagt
men waarom? | 3 | _____ |
| 6. <i>Noem enkele grote steden</i>
1 punt voor iedere grote stad, tot 4. Eigen stad telt
niet mee, tenzij het een belangrijke stad is | 1-4 | _____ |
| 7. <i>Waarom lijkt de maan groter dan de sterren?</i>
Maak duidelijk, dat de vraag betrekking heeft op
iedere ster afzonderlijk en zeg, dat de maan in feite
kleiner is dan welke ster ook.
Spoor patient aan te gissen
2 punten voor: de maan staat lager
3 punten voor: begrip van: meer nabij
4 punten voor: algemene bewering, dat objecten op
kleinere afstand groter lijken dan objecten die zich
verderaf bevinden | 2, 3 of 4 | _____ |
| 8. <i>Welk metaal wordt aangetrokken door een magneet?</i> | | |

4 punten voor: ijzer
2 punten voor: staal

2 of 4

9. *Als uw schaduw naar het N.O. wijst, waar staat dan de zon?*

4 punten voor: Z.W. Geen partiële waardering

4

10. *Hoeveel dagen heeft een maand?*

1 punt voor 30 of 31 dagen

1 of 2

2 punten voor: als patiënt bovendien aangeeft dat de maand februari slechts 28 of 29 dagen heeft.

Waardering en codering: I.L. () I.Q. ()

10-13	8	57	totaal
14-16	9	64	
17-18	10	71	
19-20	11	79	
21-23	12	86	
24-27	13	93	
28-31	14	100	
32-36	14	100	

Vraag 96 van de N.I.S.S.O.-lijst. De gehele questionnaire omvat 82 vragen. Vanwege de betrekkelijke relevantie van het geheel voor ons onderzoek wordt ter illustratie slechts een 'over all'-vraag weergegeven. Opgemerkt dient te worden, dat de nummering van de lijst niet in overeenstemming is met het totaal aantal vragen.

Vraag 96

Alles bij elkaar genomen, hoe gelukkig is Uw huwelijk? 27

- () 1. buitengewoon gelukkig
- () 2. beslist gelukkiger dan gemiddeld
- () 3. iets gelukkiger dan gemiddeld
- () 4. ongeveer gemiddeld
- () 5. iets minder gelukkig dan gemiddeld
- () 6. beslist minder gelukkig dan gemiddeld
- () 7. zeer ongelukkig

STELLINGEN

- I De huisvrouw is de spil van het gezin. Bij alle problemen rond ziekte en gezondheid in het gezin is zij een centrale figuur.
- II Vele gezondheidsstoornissen bij huisvrouwen zijn te interpreteren als decompensatieverschijnselen tengevolge van een onevenredige verhouding tussen de draagkracht van de individuele huisvrouw en de belasting waaraan zij in haar gezin is blootgesteld.
- III Een goede lichamelijke en geestelijke gezondheid van de huisvrouw is van onmiskenbaar belang voor het functioneren van het gezin.
- IV Het bedrijven van de verloskunde in zijn praktijk vergroot de frequentie van de contacten van de huisarts met de huisvrouw en beïnvloedt daardoor de intensiteit van zijn bemoeienissen met het gezin.
- V De huisarts die zeer zelden verloskundige hulp verleent kan beter geheel van het bedrijven van de verloskunde afzien.
- VI De huidige klinische opleiding is te veel gebaseerd op een zeer geselecteerd gedeelte van alle ziekten, namelijk die ziekten die gepresenteerd worden door patiënten die in een ziekenhuis komen.
- VII Ergonomie, opgevat als de wetenschap van de toepassingen van diverse menswetenschappen bij de vormgeving van arbeid en arbeidsomstandigheden, kan in een modern medisch curriculum niet ontbreken.
- VIII Alleen al vanwege het feit dat de Universitaire Huisartsen Instituten intensief betrokken zullen worden bij de opleiding van een relatief groot deel van de toekomstige praktizerende artsen, dient aan de uitbouw van deze universitaire afdelingen prioriteit te worden toegekend.

IX Het werken zonder een praktijkassistente is niet in overeenstemming met een moderne wijze van praktijkvoering door de huisarts.

X De opvatting dat het ziekenfondsabonnement nadelig zou zijn voor de activiteiten van de huisarts stoelt niet op voldoende wetenschappelijk onderzoek.

XI Voor morfologisch onderzoek van geaspireerd beenmerg dient, naast de cytologische methode door middel van uitstrijkpreparaten, als routine ook een histologische onderzoekstechniek te worden toegepast op gefixeerd materiaal.

Liao, K. T. The superiority of histologic sections of aspirated bone marrow in malignant lymphomas. – *Cancer*, 1971, Vol. 27: 618-628.

XII Door de neuroloog dient bij patiënten met onbegrepen moeheidsklachten electro-myografisch provocatie-onderzoek te worden overwogen.

Notermans, S. L. H., Fatigue as a neurological syndrome. – *Electroenceph. clin. Neurophysiol.*, 1970, 29: 319.

XIII Bij de benadering van klachten betreffende het woonmilieu dient niet alleen aandacht besteed te worden aan de stedenbouwkundige vormgeving doch ook aan de persoonlijkheidskenmerken van de bewoners.

Land, H. Woonvoldoening. – Stichting Inter Universitair Instituut voor Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, Amsterdam, 1969.

XIV De ziekenhuis-pastor behoort uit de aard van zijn functie deel uit te maken van de staf van het ziekenhuis.

XV De opmerking van mijn elf-jarig dochttertje 'dat het onbegrijpelijk is dat pappa zoveel tijd en kosten besteedt aan een boek dat door bijna niemand wordt gelezen' dient niet al te kinderlijk te worden opgevat.

Stellingen behorende bij het proefschrift van H M G van der Velden,
Huisvrouw - huisarts - huisgezin
Nijmegen, 1971

